N° 67

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SARCOME DE LA LANGUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1898

PAR

Auguste SAIX

Né à Génolhac (Gard), le 31 juillet 1865

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

ANCIEN HÔTEL DE LA FACULTÉ DES SCIENCES

1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS.
Id.	RAUZIER (Ch. du c.)
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	ESPAGNE, agr. lib.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. MOITESSIER	MM. VALLOIS
LECERCLE	BOSC	MOURET
RAUZIER	DE ROUVILLE	DELEZENNE
LAPEYRE	PUECH	GALAVIELLE

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MM. LAPEYRE, *agrégé.*
TÉDENAT, *professeur.*	DE ROUVILLE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A. SAIX.

A MON BEAU-FRÈRE LUCIEN BANCILHON

ET A MON NEVEU

A MON ONCLE E. ARTIGUES

A M. ÉLIE ATGER

A. SAIX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MES MAITRES

A. SAIX.

A Mlle LA DOCTORESSE SOPHIE ABRASCHKEWITCH

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RAUZIER

MEIS ET AMICIS

A. SAIX.

PRÉFACE

A la veille de quitter la Faculté de Montpellier et de terminer nos études médicales, nous avons à cœur d'adresser à tous nos Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté, dont les conseils et les leçons ont guidé nos efforts, un témoignage public de notre reconnaissance.

Mais nous tenons à remercier d'une façon particulière quelques-uns d'entre eux, notamment M. le professeur Forgue, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur-agrégé Rauzier, qui, durant nos études, n'a cessé de nous donner des preuves de sa bienveillante sympathie, et nous a appris à aimer la médecine et à aimer les malades, daigne accepter l'expression de profonde reconnaissance d'un élève dévoué.

Nous offrons à nos Maîtres éminents, MM. les professeurs Grasset, Carrieu, Tédenat, Estor et Vialleton, avec nos remerciements pour les leçons et l'instruction pratique que nous avons reçues d'eux, l'hommage de notre considération et de notre respectueux dévouement.

Nous exprimons notre profonde gratitude à MM. les professeurs-agrégés Bosc, Lapeyre, Puech, Vallois, de Rouville et Mouret, dont la sollicitude et les bons conseils ne nous firent jamais défaut.

Nous n'oublierons jamais certains de nos camarades d'études, dont l'amitié nous a été souvent d'un très grand prix, et, parmi eux, nous tenons à remercier spécialement Mlle Sophie Abraschkewitch et M. Bonnefous, envers qui nous avons contracté une dette de reconnaissance en mettant à l'épreuve leur haute compétence dans la traduction de textes étrangers.

Enfin, merci à notre camarade Sounac, pour avoir mis à notre service, avec une parfaite obligeance, son habile talent de dessinateur ; merci à notre ami, le docteur J. Platon, ancien interne des Hôpitaux de Marseille, qui a bien voulu nous fournir des renseignements complémentaires au sujet de notre malade, et se charger, avec son ami, le docteur Juge, de l'examen histologique du néoplasme qui a fait l'objet de notre travail.

INTRODUCTION

L'idée première de ce travail nous a été suggérée par la lecture d'un article de Perkins, paru en 1896, dans les *Annales de chirurgie*. Cet auteur, étonné à la fois de la rareté du sarcome de la langue et de la faible place qui lui est accordée dans la littérature chirurgicale, s'exprime ainsi :

« Le sarcome de la langue est une tumeur tellement rare, que bien peu de chirurgiens ont eu la bonne fortune d'en observer un cas dans leur pratique. Si quelques ouvrages chirurgicaux le signalent, ils n'en donnent aucune description ; ils se bornent à dire que « la langue est en même temps le siège du sarcome », ou bien : « les sarcomes primitifs de la langue sont presque inconnus ». Je crois donc qu'un cas de cette maladie doit être regardé comme une curiosité chirurgicale et, comme tel, sinon pour d'autres raisons, doit être signalé ».

En effet, jusqu'en 1897, époque où Marion fit de cette tumeur une étude complète, les traités de pathologie externe ou d'anatomie pathologique, aussi bien en France qu'à l'étranger, l'avaient passée sous silence ou n'avaient fait que mentionner son existence très succinctement. Et Butlin (1), qui s'est occupé tout particulièrement des tumeurs de la

---

(1) Butlin, *Pathol. and treatement of tumors.*

langue, dit : « Le sarcome primitif de la langue doit être considéré comme une forme excessivement rare de tumeur, et je n'ai pu en réunir que si peu de cas, qu'il me semble inutile d'essayer une description de cette affection. Aujourd'hui que l'attention a été éveillée sur son extrême rareté, il est probable que quelques observations, qui n'ont pas été rapportées, seront tirées de l'oubli et prendront place dans la littérature chirurgicale ».

Depuis, en effet, tous les cas observés antérieurement, joints aux nouveaux faits, ont permis à Marion de publier, dans la *Revue de chirurgie*, un Mémoire très complet de cette variété de tumeur, qui est le premier travail fait sur la question. C'est grâce aux nombreux emprunts faits à ce Mémoire que nous pensons avoir mené à bonne fin notre thèse inaugurale.

Aux vingt-quatre observations rassemblées par Marion, il nous a été permis d'en ajouter deux nouvelles, qui ne sauraient être tenues pour suspectes, l'examen microscopique ayant confirmé le diagnostic clinique.

Indépendamment de ce groupe comprenant vingt-six observations authentiques, nous avons cru utile de rapporter un deuxième groupe de quatre observations considérées comme des sarcomes, mais qui, en réalité, se rapportent à d'autres affections.

Par notre travail, nous n'avons pas la prétention d'avoir apporté un grand appoint à l'étude de cette rare variété de tumeur. La seule partie originale réside dans l'observation personnelle qui, en faisant nombre, contribuera à donner une mesure plus exacte de l'affection à ceux qui, plus tard, écriront sur le sujet.

Nous avons divisé notre travail en sept chapitres :

Chapitre Premier : Historique ;
— II Etiologie ;
— III Anatomie pathologique ;
— IV Symptomatologie ;
— V Marche et pronostic ;
— VI Diagnostic ;
— VII Traitement et conclusions.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SARCOME DE LA LANGUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Si le nombre des cas authentiques est restreint, ce n'est pas que le sarcome de la langue n'ait été observé depuis longtemps; mais, soit défaut d'examen histologique, soit défectuosité des procédés microscopiques, ou connaissance insuffisante des tumeurs, il a été méconnu et confondu avec d'autres tumeurs.

Le premier cas de sarcome de la langue fut observé en 1867 et consigné dans le *Guy's Surgical reports*.

En mai 1869, Jacobi (1) en observa un cas chez un enfant de onze semaines. La même année, deux autres cas sont signalés, l'un en Allemagne par Huter (2), chez une femme enceinte de cinq mois, l'autre par Heath (3) à Londres, chez un homme âgé de soixante ans.

(1) Jacobi, The american journal of obstetrics, 1869.

(2) Huter, Berl. Klin. Wochenschrift, 1869, n° 32.

(3) Heath, Transact. of the path. soc. of London, vol. XX, p. 157.

En 1885, deux nouveaux cas sont rapportés, l'un par Albert (1), professeur à Vienne, et l'autre à Londres, par Hutchinson (2). L'examen histologique, « reticulum rempli de cellules rondes », montra que c'était un cas de lymphadénome; d'ailleurs, Hutchinson intitule son observation lymphosarcome.

En 1886, Eve (3) montre à la Société de pathologie de Londres une coupe de tumeur restée sans histoire clinique et qu'il dénomme fibro-sarcome.

Godlee (4), en 1887, donne l'observation d'un adéno-sarcome qui aurait pris naissance dans la glande de Blandin et aurait envahi ultérieurement le tissu propre de la langue. Peut-être certains sarcomes de la langue ont-ils leur point de départ dans les glandes profondes et sont-ils des adénosarcomes.

C'est ainsi, par dégénérescence de la glande de Blandin, que Godlee interprète le fait dont il a été témoin.

La même année, Santesson (5), Butlin (6) et Beregszaszy (7) apportent chacun un nouveau fait ; mais celui de Beregszaszy a trait à un cas de lymphosarcome et non de sarcome proprement dit.

En 1888, les cas deviennent plus nombreux. Bleything (8) signale un cas qui est loin d'être probant. La marche et l'aspect de la lésion, différents de ceux du sarcome, l'ont fait ranger

---

(1) Albert, Wiener med. Presse, 1885, p. 171.

(2) Hutchinson, Lancet, 13 juin 1885.

(3) Eve, Transact path. soc. vol. XXXVII, p. 223.

(4) Godlee. Transact. path. soc. vol. XXXVIII, p. 346.

(5) Santesson. Rapporté d'après Virchow-Hirsch Jahresbericht, 1887, t. I. p. 280.

(6) Butlin, Lancet, 26 mars 1887.

(7) Beregszaszy, Traduction des maladies de la langue de Butlin, Wien, 1887, p. 226.

(8) Bleything, New-York Medical journal, 1888, p. 683.

parmi les observations citées à propos du sarcome et se rapportant en réalité à d'autres affections.

Plus authentiques sont les faits rapportés par Schulten (1) et ceux publiés dans l'ouvrage de Mikulicz et Michelson (2).

Le 25 avril 1888, le professeur Poncet (3) présentait à la Société médicale de Lyon un énorme sarcome de la langue dont l'observation a été publiée par Marion (4).

La même année, le docteur Mandillon (5) présentait, à la Société de médecine de Bordeaux, une jeune fille opérée deux fois pour sarcome récidivant de la langue.

En 1890, paraît, dans la *Revue de la Suisse romane*, une observation de Mercier (6). Quelques mois après, le docteur Targett (7), pour donner un aperçu de l'affection, publie un court mémoire représentant plutôt une série d'observations qu'une véritable description.

En 1892, Max Scheier (8) publie un court travail d'ensemble. Stern (9) signale une observation chez une fillette de quatre ans. Onodi, dans la *Revue de laryngologie* du 15 octobre 1893, cite un cas de fibro-sarcome de la base de la langue.

En 1894, Perman (10) fait connaître un cas traité par la pyoctanine.

La même année, le docteur Bryant enlève un sarcome à

---

(1) Schulten, Finska Läkaresällskapets Handlingar, 1888.

(2) Mikulicz et Michelson, Atlas des maladies de la bouche, t. II, tableaux 35 et 37.

(3) Poncet, Lyon-Médical, 1888.

(4) Marion, Revue de Chirurgie, 1897.

(5) Mandillon, Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 nov. 1888.

(6) Mercier, Revue de la Suisse romane, 1890, n° 4.

(7) Targett, Guy's. Surgical, reports, 1890.

(8) Max Scheier, Berliner Klin. Wochenschrift, 1892, p. 534.

(9) Stern, Deutsch. med. Wochenschrift, 1892, 2 juin.

(10) Perman, Buffalo med. and surg. journal, 1894, p. 148.

cellules rondes chez un homme de 61 ans, dont l'observation est publiée en septembre 1895 par Dunham (1).

Les observations se multiplient en 1896. Barker (2) rapporte un cas de sarcome pédiculé. Le professeur Berger opère un sujet dont l'observation est publiée par Marion (3).

Citons l'observation de Perkins (4) et le cas observé dans le service du professeur Villeneuve, à Marseille.

Enfin, Marion publie, en 1897, dans la *Revue de chirurgie*, un mémoire très complet sur le sarcome de la langue.

---

(1) Dunham, The American journ. of. med. sciences, sept. 1895, p. 259.

(2) Barker, Holmes system of Surgery, vol. II, p. 576.

(3) Marion, Revue de chirurgie, 1897.

(4) Perkins, Annals of Surgery, 1896.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Fréquence.— Le sarcome de la langue est une affection peu fréquente, et le petit nombre de cas observés jusqu'à ce jour est très significatif, puisqu'il n'en existe que vingt-six authentiques. Il montre l'extrême rareté de la maladie. Cependant cette statistique ne doit pas être considérée comme absolument rigoureuse, et il est vraisemblable que nombre de cas de sarcome de la langue ont dû être méconnus ou confondus avec le cancer ou autres néoplasmes de la langue.

Age.— En consultant notre tableau synoptique, on voit que les malades porteurs de sarcomes de la langue étaient, pour la plupart, de jeunes sujets, ce qui n'a rien de surprenant, car nous savons que les autres sarcomes ont une prédilection pour les organismes jeunes, à l'inverse du cancer, qui se manifeste rarement avant trente ans.

Sans insister, nous mentionnerons les quelques cas observés dans la première enfance, savoir les deux cas de Targett chez des enfants de dix mois et de deux ans, celui de Stern chez un enfant de quatre ans, notamment le sarcome congénital de la langue rapporté par Jacobi, fait d'autant plus intéressant que le sarcome congénital des autres régions est fort rare.

En résumé, sur les vingt-six observations citées, nous trouvons :

3 cas chez des sujets où l'âge n'est pas signalé.
14 . . . . . de 30 ans et au-dessous.
4 . . . . . de 30 à 50 ans.
5 . . . . . au-dessus de 50 ans.

Sexe. — Le sarcome ne frappe pas presque exclusivement les hommes, comme le cancer de la langue. D'après les vingt-trois observations où l'on trouve indiqué le sexe, treize cas ont trait à des hommes et dix à des femmes. On peut donc dire que l'affection se répartit à peu près également chez les deux sexes.

Pathogénie.— Pas plus que pour l'étiologie des autres sarcomes, celle du sarcome de la langue ne nous est connue. Peut-être pourrait-on incriminer une irritation continue ou un traumatisme initial. Dans le cas de Dunham, une morsure de la langue en aurait été le point de départ ; de plus, le malade était grand fumeur de pipe.

Pour le jeune homme de Marion, comme du reste pour notre malade et pour le sujet de Perkins, une mauvaise dentition et des chicots nombreux avaient peut-être produit au niveau correspondant de la langue un état irritatif, favorisant le développement d'un pareil néoplasme.

Malgré les communications de Jürgens au dernier Congrès de chirurgie de Berlin, tendant à prouver que ce sont des sporozoaires qui donnent lieu au développement de la néoplasie, nous pouvons dire que notre ignorance est profonde.

Hérédité.— Parmi les vingt-six observations, nous ne trouvons signalée l'hérédité que dans le cas du Dr Mandillon ; l'oncle de la jeune fille avait été opéré d'un sarcome de la cuisse qui récidiva deux fois.

Néoplasme primitif ou secondaire (?) — Dans la plupart des organes, on observe des sarcomes primitifs et des sarcomes

secondaires, véritables métastases qui se produisent à la période de généralisation de la maladie. La langue n'a fourni jusqu'ici que des cas de sarcomes primitifs, car le fait rapporté par Barker et interprété comme sarcome généralisé secondairement à la langue, pourrait bien être considéré comme un sarcome lingual primitif, avec généralisation ultérieure.

AUTEURS	Age du malade	Sexe	Dimensions de la tumeur	SIÈGE	Forme anatomiq.	Variété histologique	Début avant l'opération	RÉSULTATS OPÉRATOIRES
Heatch	60 ans	M	Assez petite	Partie infér. gauche	Interstit.	Cellules rondes	6 mois	Pas de récidive après 8 mois
Jacobi	11 sem.	M	Noix	Moitié dorsale gauche	—	Cellules fusiform.	2 mois 1/2	N'a pas été suivi.
Hüter	20-30ans	F	»	Partie dorsale et moy.	—	»	2 mois	
Albert	56 ans	F	Assez volum.	Base de la langue	—	Cellules rondes	15 m. envir.	Morte de pneumonie 8 jours ap. l'op.
Eve	»	»	»	Côté gauche de la base	—	C. rondes et tissu fibr. (fibro-sarc.)		
Godlee	24 ans	F	Grosse noix	Face infér. gauche de l'extrémité	—	Cellules rondes Cellules fusiform.	2 m. envir.	Pas de renseignements.
Santesson	»	»	»	»	»	»	3 ans	
Butlin	40 ans	M	Œuf	Moitié gauche	—	Cellules rondes	3 mois	Pas de récidive au bout de 4 ans.
Schulten	32 ans	F	Œuf de poule	Racine de la langue	—	»	»	Perdue de vue après 2 mois.
Mandillon	21 ans	F	Gros pois	Face inférieure	—	»	»	Récidive 3 mois après l'opération. 2me récidive 3 mois après. Guérison après nouvelle opération.
Mikulicz et Michelson	24 ans	F	Noisette	Face dors., près pointe	Pédiculée	Cellules fusiform.	3 mois	La malade n'a pas été suivie.
—	57 ans	M	Œuf de pigeon	Face dorsale, 1/3 antr	Interstit.	—	6 mois	Récidive au bout de 6 mois. 2me récidive après 6 mois. Guérison après nouvelle opération.
Mercier	36 ans	M	Grosse noix	Face dors., près pointe	Pédiculée	—	8 ans	
Targett	25 ans	M	—	Milieu de la langue	Interstit.	Cellules rondes	15 mois	Mort de cachexie au bout de 3 ans.
—	2 ans	M	Noix	Milieu de la face dors.	—	Cellules rondes Cellules fusiform.	4 mois	Récidive au bout de 15 jours et mort peu de temps apr. sans nouv. interv.
—	10 mois	M	»	Face inf., près pointe	—	»	—	Le malade n'a pas été suivi.
Max Scheier	28 ans	M	Œuf de poule	Base de la langue	—	Cellules rondes	7 mois	Récidive au bout de 5 semaines. Nouv. opér. et mort au bout de q. sem.
Stern	4 ans	F	Noisette	Bord droit	—	Cellules fusiform.	»	Récidive au bout d'un an. Ap. nouv. opér. l'enf. n'a pas été suiv.
Onodi	17 ans	F	Grosse noix.	Base de la langue	—	(Fibro-sarcome)	»	Pas d'opération.
Perman	30 ans	F	Grosse noix	Racine de la langue	Pédiculée	»	8 mois	Guérison.
Barker	»	»	»	Face dorsale	—	»	»	Récidive peu de temps après et mort sans nouvelle opération.
Dunham	61 ans	M	Noisette	Côté dr., à 2 c. pointe	Interstit.	Cellules rondes	8 mois	
Marion	17 ans	M	—	Bord g., à 3 c. pointe	Pédiculée	Cellules fusiform.	6 mois	Guérison après une 3me récidive.
Poncet	32 ans	M	Orange, 400 g.	Partie moyenne	Interstit.	—	9 ans et 3 m.	Guérison.
Perkins	26 ans	M	Noisette	Milieu de la face dors.	—	Cellules rondes	20 ans	Récidive au bout d'un an. 2me récidive après une 2me opérat. Une 3me intervention n'eut pas lieu et le malade fut perdu de vue.
Saix	64 ans	F	Grosse noix	Bord dr., à 3-4 c. pointe	Pédiculée	Cellules rondes Cellules fusiform.	4 mois	Guérison.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anatomie macroscopique. — *Siège.* — Le sarcome de la langue n'a pas une prédilection marquée pour tel point de l'organe plutôt que pour tel autre. En effet, il suffit de jeter un coup d'œil sur notre tableau synoptique pour voir que les divers points de la langue peuvent être occupés : face dorsale, face inférieure, pointe, milieu, base, côté droit, côté gauche. On note sa plus grande fréquence à gauche qu'à droite.

Formes. — La tumeur peut se présenter sous deux formes anatomiques. Elle se développe dans le tissu propre de l'organe, c'est là la forme interstitielle; ou bien elle se développe immédiatement sous la muqueuse, qu'elle repousse, et tend à faire hernie hors de la langue, créant ainsi la variété pédiculée.

Le type pédiculé est beaucoup moins fréquent que la variété interstitielle. Sur vingt-six observations, nous ne trouvons que six cas de tumeurs pédiculées, tous les autres cas appartenant aux tumeurs interstitielles.

Volume. — Quelle que soit la variété, le sarcome de la langue peut présenter un volume très variable. La tumeur la plus volumineuse est celle opérée par le professeur Poncet, qui était de la grosseur d'une orange et pesait 400 grammes. D'ordinaire, on intervient avant que l'affection ait acquis un pareil développement, ce qui rend compte des faibles dimensions de

la tumeur, variant entre le volume d'une noisette et celui d'une grosse noix.

Nombre. — On ne connaît pas de sarcomes multiples de la langue. On a pu observer, comme le fait est mentionné dans l'observation de Perkins, des tumeurs siégeant à la fois sur la langue et le plancher de la bouche; mais il faut bien remarquer que les tumeurs des deux régions n'en formaient qu'une, puisqu'elles se continuaient l'une avec l'autre.

Anatomie microscopique. — Voici ce que dit Marion : « Avant de commencer l'étude histologique du sarcome de la langue, il est bien nécessaire de préciser les termes de sarcome et de lymphosarcome. Nous laissons, en effet, absolument de côté le lymphosarcome tel qu'il est compris en France, ce terme désignant une variété de tumeur caractérisée par un reticulum servant de soutien à des cellules rondes. Ainsi compris, le lymphosarcome est encore rattaché par certains auteurs à la classe des sarcomes ; aussi certaines observations se rapportant à ces tumeurs sont-elles signalées comme de véritables sarcomes de la langue. Avec la majorité des anatomo-pathologistes français, nous rejetons cette variété et la considérons comme faisant partie de la classe des lymphadénomes. C'est ce qui nous a fait éliminer les observations d'Eve, d'Hutchinson, de Beregzsaszy, et peut-être nous en aurait fait rejeter encore si, au lieu de la simple mention : sarcome à cellules rondes, on avait donné l'examen histologique complet.

» D'autre part, il est des tumeurs décrites en Angleterre comme lymphosarcome qui sont bien réellement des sarcomes, le terme, pour les auteurs qui l'emploient, désignant la variété de sarcome à cellules rondes. C'est ainsi que Targett dit : « Il s'agissait, en somme, d'un sarcome à cellules rondes, ou lymphosarcome. »

Et Butlin, dans une observation intitulée : *lymphosarcome*,

donne la description suivante : « Au microscope, la tumeur se trouvait constituée par de grandes cellules rondes, granuleuses. La substance intercellulaire était généralement homogène, en quelques endroits seulement granuleuse. De nombreux petits canaux sanguins se montraient sur la coupe. » Nous ne trouvons, dans cette observation, nulle mention du reticulum nécessaire pour faire de cette tumeur un lymphadénome.

Disons donc, en nous résumant, qu'il y a eu confusion dans les termes, et que le terme lymphosarcome, employé indifféremment par certains auteurs pour désigner le sarcome à cellules rondes, mérite d'être supprimé, n'étant pas compris de la même façon par tous ; désignant tantôt du sarcome vrai, tantôt du lymphadénome.

Au point de vue microscopique, le sarcome de la langue peut être constitué par n'importe quelle variété de cellules : cellules rondes grandes ou petites, cellules fusiformes. Peut-être même a-t-on trouvé une fois des myéloplaxes (cas de Heath). Dans le même sarcome, il n'est du reste pas exceptionnel de rencontrer un mélange de cellules rondes et de cellules fusiformes (témoin notre malade de Marseille). Signalons cependant que dans quelques cas le mélange de cellules rondes et de cellules fusiformes n'est pas le fait du sarcome, mais le fait de l'inflammation de la tumeur ulcérée. Ce tissu d'inflammation peut donner lieu à des erreurs. D'autre part, il faudra se garder de confondre un bourgeon charnu avec un sarcome ; comme je le crois, cela a eu lieu dans le cas de Bleyting. La distinction, on le sait, n'est pas toujours facile.

Dans notre cas, qui représente un beau type de sarcome fuso-cellulaire de la langue, des coupes de la tumeur furent pratiquées suivant son plus grand diamètre, perpendiculairement à la surface de la muqueuse, et colorées à l'hématéine et à l'éosine.

A un faible grossissement, elles montrent les détails sui-

vants : au dessous du niveau de la muqueuse, on aperçoit des amas fortement colorés au violet, entre lesquels existent des travées rosées peu abondantes.

Au niveau où la tumeur émerge de la langue, ces travées se sont condensées, réunies, et on ne voit plus qu'un tissu fasciculé. Plus haut, à ces travées se mêlent quelques cellules arrondies, qui deviennent de plus en plus nombreuses, à mesure qu'on s'éloigne du point d'implantation de la tumeur, finissent par prendre le dessus, si bien que la superficie est constituée uniquement en apparence par ces cellules arrondies. Sur la périphérie on voit un liseré épais, formé par la muqueuse, se continuer en se réfléchissant, d'une part, avec la muqueuse linguale, d'autre part, aller en s'amincissant pour disparaître au point le plus éloigné de la tumeur.

Etudions chacun de ces points, à un grossissement plus fort.

Là où nous avons vu des amas fortement colorés, il est facile de reconnaître des faisceaux musculaires coupés suivant différents sens, et séparés par des traînées de cellules allongées qui s'infiltrent dans le tissu conjonctif intermusculaire. Plus on avance dans l'épaisseur de la langue, plus ces travées sont minces et rares. Plus on se rapproche de la surface, plus on voit les travées écarter les faisceaux musculaires, se réunir les unes aux autres, si bien qu'au niveau de la surface il n'existe plus qu'un tissu cellulaire sarcomateux.

A ce niveau, les cellules qui se sont orientées pour venir passer à travers la déchirure de la muqueuse, sous le moindre volume, sont toutes parallèles entre elles, sauf en certains points, où il existe de petits tourbillons. Ces cellules sont serrées les unes contre les autres, et laissent peu de place pour une substance intercellulaire. Il n'existe, en aucun point, de stroma conjonctif ou autre. Ces cellules sont très allongées, terminées en pointe, présentant un noyau allongé comme elles, noyau

vésiculeux, contenant quelques granulations fixant peu la matière colorante.

Mais déjà existent au milieu de ces faisceaux sarcomateux quelques cellules arrondies qui tranchent par leur coloration bleue sur le fond rosé de la coupe. Ces cellules, dans lesquelles on trouve un noyau polylobé, fortement coloré, augmentent de quantité à mesure qu'on s'éloigne du plan d'implantation de la tumeur. Enfin, à la superficie, ces cellules forment un tissu homogène, cachant presque un aspect fasciculé, qu'on devine sous leurs amas. Ces grosses cellules ne sont autres que des leucocytes polynucléés infiltrant le tissu sarcomateux.

La muqueuse, qui forme comme un calice à la tumeur, nous présente les caractères ordinaires de la muqueuse linguale. Elle n'offre aucune modification ni de l'épithélium, ni des papilles. Il ne saurait être question d'une tumeur d'origine épithéliale.

Un point est intéressant à étudier sur des coupes colorées à l'éosine ; sur ces coupes, en effet, le tissu du sarcome apparaît semé de petits noyaux rouges, très brillants, ici isolés, là réunis en amas. Ces points, qui représentent des globules sanguins, sont situés dans l'écartement des faisceaux de cellules fusiformes. Cet écartement en certains endroits est minime ; il ne contient qu'un ou deux globules ; mais, plus loin, il est plus considérable, et l'on arrive à voir se former ainsi de véritables lacunes capillaires. Sur certains points, enfin, il existe dans l'intérieur des cellules sarcomateuses, autour du noyau, des granulations fixant l'éosine.

Nous n'aurions pas insisté sur ces faits, s'ils ne venaient, jusqu'à un certain point, à l'appui d'une théorie soutenue par M. Pilliet (1) sur l'origine du sarcome. D'après cet auteur, le

---

(1) Pilliet, Tribune médicale, 27 octobre 1892.

sarcome ne dériverait pas du tissu conjonctif, mais du tissu spécial qui, chez l'embryon, donne naissance à tous les vaisseaux ; d'où la tendance qu'aurait le sarcome à former des vaisseaux dans son intérieur. Quoi qu'il en soit de l'origine angioplastique du sarcome, on ne peut s'empêcher d'être frappé de l'abondance de ces lacunes vasculaires et du nombre des globules rouges qui les remplissent, et, d'autre part, de la présence de ces granulations éosinophiles, contenues dans les cellules sarcomateuses, comme si elles s'apprêtaient à devenir cellules vaso-formatrices. Aux éléments caractéristiques du sarcome était joint, dans quelques cas, du tissu fibreux donnant lieu au fibro-sarcome ; tel un des cas d'Eve, et celui d'Onodi. Dans le cas de Godlee, le sarcome s'était développé dans la glande de Nühn, présentait également des modifications de ses acini, de nature bénigne, et la tumeur pouvait être intitulée : « adéno-sarcome ».

Rapports entre la variété histologique et la forme anatomique. — D'après le tableau que nous avons dressé, on peut se rendre compte qu'il n'existe aucun rapport entre la variété histologique et la forme anatomique. En effet, sur quatre cas de sarcomes pédiculés où se trouve mentionnée la variété histologique, on trouve trois fois des cellules fusiformes et une fois un mélange de cellules fusiformes et de cellules rondes (témoin notre malade). Dans les sarcomes interstitiels, on constate que le nombre de sarcomes globo-cellulaires est égal à celui des fasciculés ; de plus, on constate deux cas à mélange de cellules rondes et de cellules fusiformes.

Age et marche. — Nous savons que, pour les sarcomes des diverses régions de l'organisme, il existe une certaine corrélation entre l'évolution et la variété histologique, le sarcome globo-cellulaire ayant une marche plus rapide que le fasciculé ; cependant, le sarcome de la langue semble faire exception,

puisque des sarcomes à cellules rondes ont eu une évolution très lente (vingt ans chez le malade de Perkins); d'autre part, on trouve des sarcomes à cellules fusiformes qui ont évolué avec une extrême rapidité (deux mois et demi chez le malade de Heath).

Aucun rapport histologique entre l'âge auquel apparaît la tumeur et la variété histologique.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Le nombre restreint des observations ne permet pas de donner un tableau symptomatologique complet du sarcome de la langue. Cependant, avec les principaux signes que nous allons indiquer, s'il n'est pas toujours possible d'arriver à un diagnostic précis et méthodiquement établi, on peut au moins soupçonner l'affection.

Nous commencerons par la description de la forme interstitielle, d'abord parce que l'interstitielle est la plus fréquente, ensuite parce que la forme pédiculée doit être considérée comme un degré plus avancé de la tumeur qui s'est développée superficiellement sous la muqueuse. Nous ne voulons pour preuve de ce que nous avançons que le cas cité par Perman, dans lequel la tumeur, après avoir été interstitielle, est devenue pédiculée.

Début. — Le début est lent et insidieux. L'absence habituelle de douleur fait que, dans ses premiers stades, la tumeur n'éveille point l'attention et passe inaperçue. Elle peut ne donner lieu à aucun symptôme, ainsi que cela se produisit chez le malade de Perkins, qui, durant 20 ans, n'éprouva aucune gêne et s'aperçut à peine de sa présence.

Quelquefois c'est un petit bouton persistant qui attire l'attention du malade.

La partie antérieure de la langue, exposée aux morsures par le voisinage de sa pointe et par le contact des arcades dentaires, fait que le malade s'aperçoit plus vite de sa tumeur lorsqu'elle siège en cette région que lorsqu'elle s'est développée à la partie postérieure. Dans ce dernier cas, les troubles fonctionnels qui s'observent du côté de la déglutition, de la respiration, nécessitent pour se produire un développement assez considérable du néoplasme qu'on n'arrive à délimiter qu'à l'aide du laryngoscope (cas de Scheier) : « Toute la base de la langue est envahie par une tumeur dont la surface est brunâtre, irrégulière, et qui s'applique tellement contre la paroi postérieure du pharynx qu'on ne peut apercevoir ni l'épiglotte, ni les cordes vocales. On ne peut pas déterminer jusqu'où descend la tumeur. La surface présente de petites masses brunâtres, qui s'enlèvent facilement, et sont constituées en partie par des restes d'aliments, en partie par du tissu mortifié ».

Consistance. — Dans la majorité des cas, la tumeur, dont le doigt apprécie assez nettement les limites, est d'une consistance ferme, élastique ; dans d'autres cas, elle est de consistance molle (Max Scheier), mollesse qui peut donner l'apparence de la fluctuation (Poncet, Perman).

Etat de la muqueuse. — Lorsque la tumeur a acquis un certain volume, la muqueuse n'est que distendue au début, quelquefois un peu hyperémiée (Jacobi). Pour les néoplasmes de la face inférieure, et pour ceux qui font saillie au plancher de la bouche, on peut regarder comme un symptôme de grande valeur l'indépendance entre la muqueuse et le sarcome (Santesson, Poncet) ; ce caractère pathognomonique d'une tumeur encapsulée établit d'une façon péremptoire que la production morbide n'est pas d'origine épithéliale. Bien que les ulcérations de la muqueuse ne présentent rien de caractéristique, nous dirons qu'on peut les voir survenir à une période assez tardive,

lorsque la langue, par son très grand volume, est mise en contact avec quelque chicot ou qu'elle amoindrit la vitalité de la muqueuse par hyperdistension.

Dans les sarcomes de la base, l'ulcération de la muqueuse reconnaît pour cause le passage des aliments.

Variété pédiculée. — Pour Marion, cette forme évoluerait généralement d'emblée (observations de Mercier, de Mikulicz, de Marion), et la pédiculisation secondaire à la variété interstitielle (observation de Perman) serait exceptionnelle. Pour Morestin (1), au contraire : « La forme pédiculée ne doit jamais être absolument primitive. Elle succède sans aucun doute à un sarcome développé dans l'épaisseur de la langue. Il y a seulement une différence, c'est que dans la forme interstitielle proprement dite, les tissus qui la recouvrent sont assez épais pour que la tumeur puisse évoluer longtemps sans détruire la muqueuse, et se présenter aux cliniciens avec les apparences d'une tumeur intralinguale, au lieu que, dans la forme pédiculée, le néoplasme est superficiel, séparé de la muqueuse par une couche très mince de tissus. Ceux-ci sont rapidement détruits, et la tumeur peut se développer du côté de la cavité buccale. Rien ne gênant l'accroissement de cette sorte de fongus, il finit par devenir plus volumineux que la partie intralinguale du néoplasme. »

Le sarcome pédiculé varie de la grosseur d'une noisette à celle d'une grosse noix ; la muqueuse peut être saine, mais le plus souvent elle présente des altérations. Le pédicule plus ou moins large est toujours recouvert de muqueuse. Les signes suivants sont communs à la forme interstitielle et à la forme pédiculée.

---

(1) Morestin, Traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet, vol. VI.

Hémorragies. — Produites par les ulcérations de la surface, les hémorragies sont rares et peu abondantes, bornées à quelques filets de sang dans la salive. Elles ne constituent donc pas un symptôme grave.

Douleurs. — L'affection est indolente ; les douleurs signalées dans certains cas (Heath, Godlee, Max Scheier), doivent être attribuées à l'ulcération de la muqueuse.

Engorgement ganglionnaire — On rencontre l'engorgement ganglionnaire dans un certain nombre de cas. Chez le malade de Heath, il existait un ganglion sous-maxillaire gauche, de même dans les cas de Butlin, de Targett, de Scheier et de Marion. Chez le malade de Perkins, on ne constata d'engorgement ganglionnaire dans les régions sous-maxillaires droite et gauche qu'après récidive de la tumeur. Notre malade présentait également un tout petit ganglion roulant sous le doigt, en arrière de la glande sous maxillaire droite ; il était complètement indolent.

Il semble que ces adénopathies ne soient pas toujours de nature sarcomateuse ; le plus souvent, elles reconnaîtraient pour cause des infections secondaires qui se produiraient au niveau de la surface ulcérée. On ne trouve mentionnée la suppuration ganglionnaire dans aucune observation.

La nature de l'adénopathie étant inconnue, il sera prudent, au point de vue opératoire, d'enlever les ganglions.

Troubles dus au volume de la tumeur. — Selon le volume de la tumeur, les mouvements de la langue se trouvent plus ou moins limités, et il en résulte de la gêne dans la mastication et la parole ; mais ces troubles ne sont pas spéciaux au sarcome, toutes les tumeurs intra-linguales pouvant donner lieu à des constatations identiques. Nous ferons seulement remarquer qu'une tumeur de la partie antérieure de la langue, à

moins d'atteindre un volume énorme, ne détermine pas les troubles rapides et intenses d'une tumeur de la base.

Symptomes généraux. — L'état général du malade est très satisfaisant ; la seule complication à redouter est la généralisation, qui conduit rapidement le malade à la cachexie.

CHAPITRE V

MARCHE

D'une manière générale, l'évolution du sarcome de la langue est rapide. En effet, sur vingt-un cas où l'évolution est indiquée, nous constatons que quinze fois elle varie entre deux et quinze mois; dans les six autres cas, dont trois tout à fait exceptionnels (Target, Poncet, Perkins), la période d'évolution est comprise entre quinze mois et vingt ans.

Il n'existe qu'un cas (Onodi) où la tumeur ait été abandonnée à elle-même; mais comme la malade ne fut pas suivie, on ne saurait affirmer que la terminaison du sarcome de la langue soit fatale. Cependant, comme le fait remarquer Perkins, il est probable que la marche de l'affection doit toujours être fatale, comme celle des autres néoplasmes malins de la région.

Il convient d'étudier surtout la marche de la tumeur après intervention, car des conclusions auxquelles nous arriverons découle le pronostic.

On ne peut établir de pronostic avec exactitude, car en parcourant notre tableau synoptique, on s'aperçoit que, dans un grand nombre de cas, les opérés n'ont pas été suivis ou ont été considérés comme guéris après un temps évidemment trop court pour faire rejeter toute récidive ultérieure. C'est ainsi que Heath déclare guéri son sujet après huit mois, alors que les malades de Targett et de Scheier ont récidivé après un délai plus long.

Après élimination de tous ces cas douteux et de tous ceux restés sans renseignement après l'opération, il nous reste, pour établir notre pronostic, douze cas qui se traduisent par huit guérisons et quatre morts. Dans les huit cas de guérison, sont compris le malade de Butlin, revu au bout de quatre ans, celui de Mandillon après huit ans, celui de Mikulicz après quatre ans, ceux de Perman, de Marion et le nôtre après deux ans, et enfin celui de Heath après huit mois, délai un peu court. Des quatre cas de mort, il faut éliminer la malade d'Albert, qui mourut de pneumonie huit jours après l'opération.

C'est, en moyenne, dans un délai de quelques mois à trois ans après l'opération que survient la mort ; mais elle n'a jamais été constatée du fait de la généralisation de la tumeur ou de la récidive sur place. Elle est due soit à des compressions de la trachée, soit à des phénomènes de cachexie déterminés par diverses généralisations de la tumeur, notamment aux ganglions du cou.

PRONOSTIC

De ce qui précède, nous devrions conclure, comme Marion, à un pronostic relativement favorable, puisqu'il repose sur une statistique de 8 guérisons et 3 morts ; mais nous estimons qu'un pareil pronostic, basé sur le dépouillement d'un trop petit nombre d'observations, est empreint d'un certain optimisme, surtout si nous tenons compte de la marche ordinaire des sarcomes en général.

Après avoir écarté l'âge et le sexe, qui ne paraissent avoir aucune influence, nous dirons, en attendant que de nouvelles

observations viennent modifier la statistique, que le pronostic doit être réservé. Subordonné à la forme anatomique et à la variété histologique du néoplasme, le pronostic du sarcome fuso-cellulaire encapsulé ou pédiculé est moins grave que celui du sarcome globo cellulaire d'une variété quelconque, non encapsulé.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Ainsi que nous l'avons déjà vu au chapitre IV, la pauvreté de la symptomatologie permet bien difficilement d'arriver à un diagnostic précis. Le signe le plus caractéristique nous paraît être l'évolution assez rapide du néoplasme, quelle que soit sa forme, bien qu'elle puisse être très lente dans certains cas (vingt ans chez le malade de Perkins).

L'absence d'adhérence de la tumeur avec la muqueuse dans la variété intra-linguale, l'aspect superficiel du néoplasme, fongueux, non saignant dans la variété pédiculée, doivent être pris en considération.

Malgré le peu de symptômes pour poser un diagnostic positif, nous allons passer en revue les diverses tumeurs de la langue qui peuvent être confondues avec le sarcome et, en dernier lieu, nous ferons connaître le diagnostic histologique qui, seul, permet d'affirmer la nature de l'affection.

A) Carcinome. — De même que le sarcome, le cancer peut revêtir la forme interstitielle ou la forme pédiculée. On peut être frappé à tout âge par le cancer de la langue. Billroth a observé cette lésion sur un sujet de dix-huit ans ; Barker en a opéré un de vingt-six et, sur 290 cas, en a compté 8 où le patient avait de vingt à trente ans. Mais ces faits restent à l'état d'exception, et le cancer de la langue est fort rare avant

quarante ans. C'est presque toujours de quarante à soixante ans qu'il survient, et surtout de quarante à cinquante.

Pour le sarcome, nous avons vu, au contraire, que dans plus de la moitié des cas, il apparaissait au-dessous de trente ans.

Le cancer est infiniment plus fréquent chez l'homme que chez la femme, à tel point que, chez cette dernière, il constitue une véritable rareté. Dans le sarcome la proportion est la même pour les deux sexes.

C'est donc chez les sujets âgés de plus de quarante ans que surgiront les difficultés de diagnostic entre le sarcome et le cancer. Ces deux tumeurs peuvent se présenter sous trois aspects : tumeur sous-muqueuse, tumeur pédiculée, tumeur ulcérée.

1° *Tumeur sous-muqueuse.*— Toute tumeur volumineuse, siégeant sous la muqueuse linguale ou du plancher de la bouche, doit faire rejeter l'idée de cancer, car d'une façon presque constante, la muqueuse est ulcérée avant que le cancer ait atteint un certain volume.

Si la tumeur est de faible volume, une noisette, et qu'elle siège à la face inférieure, la muqueuse doit glisser sur la tumeur, s'il s'agit d'un sarcome ; elle adhère au néoplasme dans le cancer.

A la face dorsale et sur les bords de la langue, la muqueuse adhérant normalement aux plans sous-jacents, on peut hésiter entre le diagnostic de cancer et celui de sarcome; toutefois la délimitation de la tumeur est plus nette dans le cas de sarcome.

2° *Tumeur pédiculée.* — Il n'existe pas d'observation signalant le développement d'emblée d'un bourgeon sarcomateux sur une ulcération. Un caractère important, c'est la continuation autour du pédicule de la muqueuse qui est seulement

détruite à la partie supérieure de la tumeur, caractère qui, joint à l'absence d'hémorragie abondante, à la consistance ferme et à la forme étalée de la tumeur, doit faire reconnaître le bourgeon sarcomateux.

3° *Tumeur ulcérée.* — Une tumeur de moyen volume, présentant une ou plusieurs ulcérations, ne peut être regardée comme un sarcome, car ce n'est que lorsqu'il a atteint un grand développement que le sarcome, par distension de la muqueuse, provoque des ulcérations.

B) Autres tumeurs. — *a) Variété interstitielle.* — Le diagnostic de cette variété devra être fait avec les gommes syphilitiques ou tuberculeuses non ramollies, les kystes, les fibromes, les lipomes, le lymphadénome et l'actinomycose.

Comme le sarcome, toutes ces variétés étant sous-muqueuses, plus ou moins circonscrites, plus ou moins volumineuses, de consistance variable, provoquant les mêmes troubles fonctionnels, exigent, pour être différenciées, d'autres moyens que nous allons exposer succinctement.

Gommes syphilitiques.— Les gommes uniques, volumineuses et isolées, sans lésion de la muquuuse, sont rares. Il n'y a presque jamais d'adénopathie concomitante, et c'est là un signe diagnostique important. Il ne faudrait cependant pas trop s'y fier, car A. Fournier signale des engorgements ganglionnaires froids, indolents, cessant après la guérison des ulcérations linguales. Ce sera surtout l'institution d'un traitement d'épreuve qui, en peu de temps, tranchera la question.

Gomme tuberculeuse.— La salivation, la fétidité de l'haleine existent, en général, modérées. La santé générale est presque toujours très débilitée, non seulement par la tuberculose pulmonaire, si fréquente, mais encore directement par la lésion

linguale, à cause des troubles de la mastication, des pertes de salive, des insomnies provoquées par les souffrances.

La marche ultérieure, le ramollissement et la suppuration éclairciront le diagnostic.

Kystes parasitaires ou autres. — Si la fluctuation fait défaut, ainsi que cela a été observé assez fréquemment, une ponction exploratrice trouvera alors son indication.

Fibrome. — Le fibrome de la langue est rare. Son siège est d'ordinaire à la face dorsale de la langue, et le plus souvent à la base. Sa marche est beaucoup plus lente que celle du sarcome.

Lipome. — Le lipome de la langue est encore plus rare que le fibrome, ce qui s'explique par la faible part que prend le tissu adipeux à la constitution de la langue. Il siège presque toujours vers la pointe ou les bords.

A la palpation, le lipome franc est absolument fluctuant. Sa marche est très lente et plusieurs malades ne sont venus consulter, avec une tumeur grosse comme une noisette ou un œuf de pigeon, qu'au bout de 20, 25 et même 27 ans.

Lymphadénome. — Le lymphadénome présente de sérieuses difficultés à différencier du sarcome ; aussi beaucoup d'auteurs l'ont décrit avec le sarcome sous le nom de lymphosarcome.

Nous rapportons, à ce sujet, les observations de Hutchinson, d'Eve et de Beregszaszy, citées à propos du sarcome de la la langue. Au point de vue clinique, c'est en se basant uniquement sur le siège du lymphadénome, à la base de la langue, au voisinage des amygdales, qu'on peut arriver à faire le diagnostic. Ce n'est pas toujours sans difficulté que l'examen histologique jugera la question, car il est peu commode quelquefois de dire où commence le lymphadénome et où s'arrête le sarcome.

Actinomycose. — Cette affection ne présente pas des caractères distinctifs bien nets, comme le prouvent les hésitations du professeur Poncet, au sujet de son malade qui fait l'objet de la XXIV[e] observation. On aura quelques soupçons si l'on établit nettement que le patient a été en contact avec des bestiaux malades.

Mais surtout l'examen histologique des produits fournis par la ponction exploratrice permettra d'arriver à la certitude.

b). *Variété pédiculée.* — Une fois le cancer éliminé, seul le papillome, à forme en champignon, peut simuler le sarcome pédiculé de la langue. Cette variété n'atteint jamais un volume aussi considérable que le sarcome ; sa marche est plus lente, et les papilles hypertrophiées donnent à la tumeur un aspect finement mamelonné.

Diagnostic histologique. — Nous empruntons à Marion le passage suivant : « Si le sarcome fuso-cellulaire ne laisse pas beaucoup de doute à l'interprétation, il n'en est pas de même du sarcome à cellules rondes, qu'il faudra éviter de confondre d'une part avec le lymphadémone, d'autre part avec le bourgeon charnu.

» Entre le sarcome à cellules rondes, et le *lymphadénome*, il existe une différence histologique caractéristique : le reticulum de ce dernier ; mais ce reticulum est quelquefois si délicat, si peu appréciable qu'on ne sait dans quelle classe ranger la tumeur. Cependant, il n'y a pas de doute : là où il y a reticulum, si faible soit-il, il y a lymphadénome. Il ne faut pas, d'autre part, prendre un tissu conjonctif infiltré et dissocié par des cellules sarcomateuses pour un reticulum.

» Quant aux bourgeons charnus, la distinction est impossible si l'on se contente d'examiner une coupe superficielle de la tumeur. Même structure, mêmes cellules ; seul le développement des vaisseaux est plus avancé dans le bourgeon charnu ; mais

c'est une affaire de degré sur laquelle on ne peut appuyer un diagnostic. Il faut, pour pouvoir se former une opinion, arriver dans les parties profondes, au point où s'implante le bourgeon. Celui-ci n'infiltre pas les tissus sous-jacents, à la façon du sarcome ; il commence, ou à peu près, là où il naît et n'envoie pas de traînées de cellules entre les tissus normaux. Ici encore une cause d'erreur : souvent des tissus bourgeonnants sont infiltrés de leucocytes polynucléaires qu'il faudra se garder de confondre avec des cellules sarcomateuses.

» Enfin, une erreur d'interprétation histologique qu'il faut se garder de faire, et dont nous avons déjà parlé à l'anatomie pathologique, c'est de prendre un sarcome fuso-cellulaire enflammé pour un sarcome à cellules fusiformes et rondes mélangées.

» En somme, on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour le diagnostic du sarcome de la langue, dont la rareté doit toujours faire soupçonner la réalité ».

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Traitement médical. — Nous serons bref sur le traitement médical du sarcome de la langue. Employé lorsque les malades refusent toute opération, il consiste en injections anti-sarcomeuses de toute nature.

Citons les injections de pyoctamine qui, dans le cas de Perman, amenèrent la guérison, après énucléation spontanée, d'un sarcome siégeant à la base de la langue. On injectait à la base de la tumeur 2 centimètres cubes de solution au 1/1500 dès le début, puis tous les cinq ou six jours.

Le sérum anti-cancéreux de Richet et Héricourt, ayant déterminé des arrêts dans la marche de certaines tumeurs, mérite d'être expérimenté dans les cas de sarcome.

Traitement chirurgical. — Dans le cas de sarcome opérable, le traitement chirurgical est le seul qui doive être employé.

Nous ne nous attarderons pas à décrire les procédés d'amputation différents selon le volume et le siège du néoplasme, d'autant qu'ils sont admirablement exposés dans les traités de médecine opératoire. Il nous suffira de les énumérer :

I° *Amputation partielle de la langue*

A. Amputation de la moitié antérieure.

a) Section transversale.

b) Section en Λ de Boyer.

B. Amputation des 2/3 antérieurs d'une moitié latérale.

— Procédé de Hueter : Reconstitution de la langue avec la moitié restante.

C. Amputation de toute une moitié latérale.

— Procédé de Verneuil.

II. *Amputation totale de la langue.*

a) Procédé de Whitehead.

b) Procédé de Billroth.

III. *Amputation totale de la langue et du plancher buccal.*

— Procédé de Verneuil.

CONCLUSIONS

1° Le sarcome de la langue est une tumeur rare — puisqu'il n'existe que vingt-six observations authentiques — qu'il faut se garder de confondre avec le lymphosarcome (lymphadénome) ;

2° L'étiologie nous échappe. L'âge n'a aucune influence et les deux sexes sont également frappés ;

3° Le sarcome revêt tantôt la forme interstitielle, tantôt la forme pédiculée, et l'examen histologique établit, quelle que soit la forme du néoplasme, soit une variété fuso-cellulaire, soit une variété globo-cellulaire ; quelquefois, on observe le mélange des deux variétés ;

4° La consistance est variable, mais ferme le plus souvent. Rarement, on observe des hémorragies sérieuses. Bien que volumineuse, la tumeur est indolente et ne provoque que des troubles fonctionnels ;

5° L'engorgement ganglionnaire est fréquent, mais n'est pas toujours de nature sarcomateuse ; il est quelquefois dû à l'inflammation ;

6° La marche du sarcome est assez rapide et le pronostic doit être réservé, malgré la guérison survenue dans les trois quarts des opérations ;

7° Le diagnostic, relativement facile dans les cas de sarcome pédiculé et dans quelques cas de sarcome interstitiel, devra toujours être confirmé par l'examen histologique. *A fortiori*, devra-t-on faire cet examen dans les autres cas où on ne peut que soupçonner la nature de la tumeur ;

8° Le traitement, purement chirurgical, comporte selon les cas, l'ablation totale ou partielle de la langue. Si, après intervention partielle, le sarcome récidive sur place, il faut intervenir de nouveau.

Observations de sarcome de la langue

Observation Première

Sarcome à cellules rondes

Heath. — *Transact. of the Path. Soc. of London*, 1869, vol. XX, p. 167.

Cancer médullaire de la langue enlevé avec la moitié antérieure de l'organe.

La pièce présentée se composait de la moitié antérieure de la langue. Elle avait été enlevée au moyen de l'écraseur, après section du maxillaire inférieur, la tumeur comprenant, non seulement l'organe, mais aussi le plancher de la bouche.

Le malade était âgé de 60 ans. La maladie avait débuté il y avait six mois.

Il existait entre la langue et le maxillaire inférieur du côté gauche une surface ulcérée, inégale et rude, occupant le plancher de la bouche. Elle se prolongeait sur le bord de la langue, et l'on pouvait sentir avec le doigt une induration s'étendant jusqu'à la ligne médiane, et en avant sur le plancher jusqu'à quatre centimètres des lèvres.

Le malade se plaignait de douleurs continuelles dans la langue. Il existait un ganglion sous-maxillaire gauche. Etat général excellent.

L'opération eut lieu le 14 septembre 1868. Le malade se remit bien, quoique lentement, à cause du retard occasionné par la consolidation du maxillaire inférieur.

On le vit, en mai 1869, sans la moindre trace de récidive. L'engorgement ganglionnaire avait disparu.

La pièce fut envoyée à la commission des tumeurs. Le résultat de l'examen fut le suivant :

La tumeur se trouvait située dans la partie inférieure gauche de la langue, non loin de l'extrémité ; d'autre part, elle se prolongeait en avant jusqu'aux insertions de l'organe ; très probablement elle comprenait une partie de la glande sublinguale.

La tumeur était petite, assez distinctement circonscrite, d'une couleur blanche opaque ; en grattant la surface, on obtenait plutôt de petits fragments de tissu solide que du suc. La partie située dans la langue elle-même était spongieuse. La partie inférieure, au contraire, était homogène et solide.

A l'examen microscopique, elle apparaissait constituée par des éléments cellulaires au milieu desquels on trouvait çà et là des éléments normaux, surtout des fibres musculaires n'ayant subi aucune modification et se rencontrant plus nombreuses dans les parties supérieures de la tumeur. On trouvait également des acini glandulaires appartenant, soit aux glandes sublinguales, soit aux glandes buccales dans la partie inférieure de la tumeur ; à ce niveau on rencontrait aussi des fibres élastiques et des fibres de tissu conjonctif.

Les éléments cellulaires se présentaient sous deux aspects très différents ; les uns étaient constitués par de grandes cellules de dimensions variables, à noyaux volumineux, ne présentant pas grande cohésion les unes avec les autres. Elles étaient régulièrement arrondies ou ovales ; d'autres étaient allongées ou présentaient plusieurs appendices ressemblant à des queues. Quelques-unes se présentaient sous forme de lamelles très irrégulières comme bords et comme surface. Les noyaux variaient comme taille, forme et netteté ; souvent très volumineux ; quelquefois allongés comme la cellule, unique généralement ; cependant on trouvait quelques cellules contenant deux ou trois noyaux.

Par leur réunion, les cellules formaient des amas de différents volumes, situés au milieu de tissu variable ; tantôt dans une espèce de tissu fibreux constitué par la réunion de cellules allongées, étant apparemment de même nature que les cellules précédentes ; plus fréquemment les amas étaient situés au milieu de tissu musculaire ou de tissu conjonctif ordinaire.

La seconde variété des éléments cellulaires était remarquable par ses noyaux. Les cellules étaient mal limitées et formaient, par leur ensemble, une masse granuleuse au milieu de laquelle on trouvait les noyaux. Ceux-ci variaient de volume d'un globule de pus à celui d'un globule sanguin. Ils étaient pour la plupart ronds ou ovales et devenaient de plus en plus allongés à mesure que le stroma devenait plus fibreux. En quelques endroits les noyaux étaient si abondants que l'on ne pouvait découvrir de substance internucléaire. Ces amas de noyaux étaient séparés par du tissu fibreux.

En outre des deux variétés de cellules décrites ci-dessus, il existait par ci par là des portions de tissu dans lesquelles on pouvait observer des cellules de forme intermédiaire, fait qui tendrait à prouver que, bien que les deux variétés différassent considérablement dans leur aspect, elles étaient absolument semblables dans leur origine.

La dernière des deux variétés était beaucoup plus abondante dans la partie inférieure, homogène, de la tumeur ; la première, au contraire, plus abondante dans la portion spongieuse. Il semblait que cet aspect spongieux fût dû à l'élimination accidentelle de nombreux petits amas des premières cellules.

L'opinion émise fut que la tumeur était de nature maligne, s'accroissant ou déplaçant les tissus normaux. Les cellules qu'on trouvait dans la partie spongieuse furent considérées comme représentant des formes dérivant des cellules de la

portion homogène, de sorte que la forme spongieuse ne représenterait qu'une place plus avancée de la tumeur.

Observation II

Sarcome à cellules fusiformes

Jacoby (*The american Journal of obstetrics*), May 1869, p. 81.

Thomas K..., âgé de onze semaines, né de parents bien portants, sans trace de syphilis, frère de trois ans également bien portant.

Quelques heures après la naissance, la mère remarqua une tumeur de la langue qui, du reste, n'empêchait pas le malade de téter. La tumeur grossit lentement. Ponctionnée il en sortit du sang.

Quand l'enfant fut observé pour la première fois, il existait, sur la moitié gauche de la langue, une tumeur du volume d'une noix, s'étendant sur le bord de la langue jusqu'à la ligne médiane en largeur ; l'extrémité antérieure se trouvait à un centimètre de la pointe.

Elle était de consistance assez ferme, élastique, d'un rouge éclatant, et la surface était recouverte d'un réseau très large de capillaires. Aucune hypertrophie ganglionnaire. Santé générale excellente, quoique la déglutition fût gênée par le volume de la tumeur.

La tumeur et les portions voisines de la langue furent enlevées au moyen de l'écraseur galvanique. Pas d'hémorragie ; et, ven quinze jours, la cicatrisation était terminée.

L'enfant ne fut pas suivi.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une tumeur constituée par des cellules fusiformes, à noyaux allongés, de dimension très semblable ; en somme sarcome à cellules fusi-

formes. Les parties périphériques contenaient beaucoup de tissu musculaire et de nombreux vaisseaux capillaires. Ceux-ci étaient pourtant en moins grande abondance que dans la tumeur elle-même.

Observation III

Huter. — *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1869, p. 346.

Le Dr Hüter parle de l'extirpation d'un sarcome de la partie moyenne du dos de la langue qui s'est développé chez une femme au cinquième mois d'une grossesse, et qu'on fut obligé d'extirper au septième mois à cause de son développement rapide.

Observation IV

Sarcome à cellules rondes

Professeur Albert (de Vienne) *Wiener med. Presse*, 1885.

Nous avons observé, dans notre service, chez une femme de cinquante-six ans, un cas très rare de sarcome de la langue.

La malade nous raconte qu'elle souffrait depuis un an déjà de troubles de déglutition. Quelques mois après l'apparition de ces premiers troubles, elle s'aperçut qu'il se formait, à la base de la langue, une tumeur. Celle-ci augmentait lentement, mais progressivement, ne déterminant que très peu de gêne pour avaler et pour respirer, mais rendant la parole difficile.

L'aspect que présentait la cavité buccale à l'inspection était très particulier. Au devant de l'isthme du gosier s'étalait une tumeur lisse et arrondie qui s'étendait de la base de la langue jusqu'à la voûte palatine en masquant les piliers. Il ne m'arriva qu'une seule fois depuis d'éprouver le même sentiment de

surprise : c'était dans un cas de sarcome qui, partant du maxillaire supérieur, avait perforé la voûte palatine et s'étalait dans la cavité buccale par sa partie libre, de telle sorte que cette partie libre, enclavée et aplatie entre la voûte palatine et le dos de la langue, se présentait comme la langue elle-même ; et ce n'est qu'au-dessous qu'on trouvait la véritable langue.

Dans le cas qui nous intéresse, la langue et le palais ne présentaient rien d'anormal, mais l'isthme du gosier n'existait pas ; on ne pouvait voir le pharynx ; c'est là que siégeait la tumeur. Le toucher permet de constater qu'elle se détache de la base de la langue par son insertion et paraît être très nettement délimitée.

La consistance de la tumeur n'est pas très dure ; elle est même molle en certains points.

Je pratiquai l'ablation de la tumeur, le 20 avril 1883.

Je me proposais de faire l'extirpation de la langue pour deux raisons : à cause du diagnostic sarcome, et sarcome de consistance plutôt molle ; et à cause de l'insertion de la tumeur à toute la largeur de la langue.

L'incision fut faite sur la ligne médiane, depuis le menton jusqu'à l'os hyoïde, puis à droite, parallèlement à la grande corne de l'os hyoïde. Je me frayai alors une voie jusque dans la cavité buccale, je tirai la langue en dehors de la plaie, et après avoir posé deux ligatures de soie en arrière de la tumeur et en avant de l'os hyoïde, je coupai la langue en avant des ligatures. Deux jours après l'opération, une pneumonie se déclara et la malade mourut le huitième jour.

A l'autopsie on trouva une bronchite et une pneumonie lobulaire.

L'examen microscopique de la tumeur révéla qu'on avait affaire à un sarcome à cellules rondes.

Observation V

Sarcome à cellules rondes

Eve. — *Transact. of the Path. Soc. of London,* 1886, vol. XXXVII, p. 223

Les tumeurs d'origine conjonctive de la langue sont tellement rares, que je crois de mon devoir d'attirer l'attention de la société sur deux pièces qui ont occupé longtemps les rayons du « Collège Muséum ». Remarquant leur singularité d'aspect, je les examinai au microscope.

Pièce classée sous le n° 2269.

Cette pièce provient de la collection d'Hunter ; elle représente une langue avec les piliers du voile, le pharynx, le larynx et les autres organes adjacents.

Sur le côté gauche de la langue, à la base, existe une tumeur ronde, ferme. La muqueuse saine en recouvre la surface; d'autre part, il est difficile d'établir des limites dans la substance de la langue. La muqueuse à la partie supérieure est œdématiée, ainsi que la muqueuse de l'orifice supérieur du larynx.

Au microscope, la tumeur se trouve constituée exclusivement par du tissu fibreux, du moins à la base. Plus superficiellement existent, entremêlés aux fibres conjonctives, des groupes de cellules arrondies, régulières, et enfin, immédiatement au-dessous de la muqueuse, les cellules rondes infiltrent régulièrement le tissu conjonctif.

La muqueuse présente une hypertrophie des papilles et dans sa couche profonde existent de larges cavités que l'on peut considérer comme des lymphatiques. Aucune trace de tissu musculaire.

Le mélange du tissu cellulaire et du tissu conjonctif dans la

tumeur en rend la classification difficile ; la désignation de fibro-sarcome est peut-être celle qui convient le mieux.

Il n'existe aucun détail clinique.

Observation VI

Adéno-sarcome

Godlee. — *Transact. of the Path. Soc. of London,* 1887, vol. XXXVIII, p. 346. Adéno-sarcome de la langue avec nodules en voie de calcification.

A la fin de l'année dernière (1886), une jeune femme âgée de 24 ans me fut envoyée par M. S. Bruce, de Kensington. Elle se plaignait d'une tumeur à la face inférieure gauche de la langue, près de l'extrémité. Elle ne s'en était aperçue que cinq semaines auparavant, et, d'après elle, la tumeur avait été précédée d'une petite ulcération douloureuse qui s'était réunie, au bout de peu de temps, à une seconde ulcération.

Lorsque je la vis, il y avait une ulcération grise de la grandeur d'une pièce de vingt sous, recouvrant une tumeur du volume d'une grosse noix, dure au toucher, faisant une légère saillie à la face supérieure de la langue.

Je fus tout d'abord assez embarrassé, et croyant à un abcès, je fis une ponction exploratrice qui me permit de constater, au centre de la tumeur, l'existence d'une substance dure. J'introduisis alors une pince à forcipressure et je ramenai un fragment simulant l'os et ressemblant à un pisiforme.

Pensant que c'était peut-être un corps étranger accidentellement ou intentionnellement introduit, je ne fis plus rien.

Mais, quelques semaines plus tard, comme il n'y avait aucune amélioration, je râclai l'intérieur de la masse avec une cuiller tranchante, et, m'étant rendu compte que j'avais affaire à une tumeur, je l'enlevai avec des ciseaux. La plaie fut rapidement réunie. Une coupe de la tumeur montra que c'était un

adéno-sarcome. La plus grande partie de la tumeur était formée de cellules variant beaucoup de forme et de volume, les unes arrondies, les autres fusiformes, toutes pourvues de noyaux volumineux. Les vaisseaux y étaient très abondants.

L'élément glandulaire est représenté par des acini disposés irrégulièrement et variant beaucoup de taille. Les cellules des acini sont cubiques. Dans l'intérieur de certains acini on trouve de petites masses analogues au calcul retiré précédemment, et qui, pour moi, n'est qu'un calcul salivaire.

Il est probable que les acini se sont développés aux dépens de la glande de Nühn ou de Blandin.

Observation VII

Sarcome

Santesson. — *Virchow-Hirsch Jahresbericht*, 1887, t. I, p. 280.

La tumeur s'est développée pendant trois ans ; elle occupait la moitié gauche de la langue. Elle était recouverte de la muqueuse très amincie, qui ne lui adhérait pas. Les ganglions parotidiens du côté gauche étaient tuméfiés.

Au microscope on trouvait des amas de cellules séparés par des fibrilles de tissu conjonctif. En certains endroits, la tumeur a subi la dégénérescence hyaline.

Observation VIII

Sarcome à cellules rondes

Butlin. — *Lancet*, 26 mars 1887, p. 623

Un homme, d'environ quarante ans, vint avec une tumeur siégeant sur la moitié gauche de la langue. Deux mois auparavant il s'était aperçu d'une légère douleur à ce niveau, mais

la tumeur n'était apparue qu'un mois après, et depuis elle avait grossi rapidement.

La tumeur était molle, élastique, régulière ; elle siégeait dans le tissu même de la moitié gauche de la langue. Son volume était celui d'un œuf et s'étendait depuis l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen, jusqu'à la racine de la langue, faisant saillie sur les faces postérieure et inférieure, mais ne traversant pas la ligne médiane. La muqueuse la recouvrait et se trouvait absolument saine.

Le malade ne pouvait tirer la langue hors de la bouche ; mais il n'éprouvait aucune douleur, sauf en mangeant. Sa santé générale était bonne. Dans la région sous-maxillaire existait un ganglion volumineux, dur.

De grandes doses d'iodure de potassium furent ordonnées, mais comme il n'y avait aucune diminution de la tumeur, la moitié de la langue fut excisée trois semaines après l'entrée du malade. Cinq semaines plus tard, le patient était tout à fait bien et pouvait parler distinctement. Le ganglion disparut.

Aujourd'hui, plus de trois ans après l'opération, le patient est en excellente santé et il n'y a eu aucune trace de récidive.

A l'examen des parties enlevées, on trouva une tumeur circonscrite, molle, blanche, avec l'apparence d'une capsule périphérique à certains endroits.

Elle était de forme ovale, mesurant trois centimètres et demi de long sur deux centimètres et demi de large.

Elle se trouvait située immédiatement sous la muqueuse du tiers moyen de la langue, du côté gauche.

Au microscope, elle se trouvait constituée par de grandes cellules rondes granuleuses. La substance intercellulaire était généralement homogène, en quelques endroits seulement granuleuse. De nombreux petits canaux sanguins se montraient sur la coupe. Quatre ans après l'opération, pas de récidive ; le

malade va bien. (Renseignements de Butlin communiqués à Max Scheier.)

Observation IX

Sarcome

Schulten. — *Finska Lâkaresâllskapets Handlingar*, 1888.

L'auteur rend compte d'un sarcome gros comme un œuf de poule et siégeant dans la racine de la langue, chez une femme de 32 ans.

Ce sarcome occupait tout le pharynx, de sorte que même la nourriture liquide ne trouvait qu'un passage difficile.

Procédé opératoire : On pratiqua d'abord la trachéotomie et on introduisit une canule-tampon. Incision immédiatement au-dessus de l'os hyoïde ; ligature des deux artères linguales, puis ablation de la tumeur presque sans hémorragie. Enfin, suture des muscles coupés et, en partie, suture des bords de la plaie de la peau ; tampon iodoformé dans la cavité de la tumeur.

L'alimentation de la malade a été faite au moyen d'une sonde œsophagienne. La guérison fut rapide ; au bout de quatre semaines on retira la canule introduite dans la trachée. Au bout de sept semaines et demie, elle quitte le service parfaitement guérie.

Observation X

Sarcome

Mandillon. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux (séance du 16 nov. 1888)

M^lle^ X..., âgée de vingt-et-un ans. Antécédents personnels et héréditaires sans tare. Elle vient consulter, en janvier 1888, pour une petite tumeur située sous la langue.

Cette tumeur, du volume d'un gros pois, blanche, translu-

cide, était placée à la face inférieure de la langue en dehors du filet. Elle était adhérente à la charpente de cet organe. Je crus d'abord à un kyste, mais une ponction immédiate enleva tous les doutes. C'était une tumeur solide.

Quelque temps après, énucléation au thermocautère (en s'aidant des pinces de Desmares).

Trois mois après, récidive ; opération nouvelle avec le bistouri, cautérisation avec le thermocautère. La tumeur, à la seconde opération, avait doublé de volume. La pièce fut emportée pour être examinée, mais aucune nouvelle.

Enfin troisième récidive, quelques mois après, mais cette fois sur la ligne médiane.

L'auteur présente la jeune fille pour savoir ce qu'elle a, et savoir quelle conduite tenir.

M. Demons pense que, par sa marche rapide et sa récidive sur place, la tumeur est un sarcome.

Renseignements reçus en juillet 1896 :

« Je pratiquai une troisième opération, largement, au thermocautère. L'examen microscopique montra que cette petite tumeur avait l'aspect, la consistance, la couleur d'un petit sarcome. Depuis, la guérison s'est maintenue ».

J'ajouterai, et ceci me paraît avoir un certain intérêt, que j'ai opéré l'oncle de la jeune fille d'un sarcome de la cuisse. A la troisième récidive, il est entré à l'hôpital Saint-André (service du professeur Lannelongue) pour y subir une troisième opération.

Observation XI

Sarcome à cellules fusiformes

Mikulicz et Michelson. (*Atlas der Krankheiten der Mund und Rachenhôle II, Helfte, Tafel XXXV.*)

Sarcome du dos de la langue

A. P..., âgée de 24 ans, paysanne de la Prusse de l'Est. Il y a trois mois, elle a vu se développer sur le dos de la lan-

gue un tubercule du volume d'une tête d'épingle, sans cause connue. Ce tubercule augmenta peu à peu, pour atteindre le volume qu'il possède actuellement.

La tumeur a toujours été indolente ; elle n'a jamais déterminé la moindre gêne de la parole, ni de la déglutition. Mais elle saignait facilement, en particulier au contact des dents pendant la mastication. C'est pourquoi la malade vient à la clinique chirurgicale de Kônigsberg.

A ce moment, on trouve sur le dos de la langue, à 1 centimètre de la pointe, une tumeur aplatie, de 1 cent. 1/2 de diamètre environ.

Elle s'élève de 1 centimètre au-dessus du dos de la langue.

Sa surface est inégale, recouverte d'un enduit blanc grisâtre, ses bords sont légèrement échancrés par places. Un court pédicule de 5 millimètres de diamètre permet de mobiliser la tumeur. La consistance est ferme. On ne peut pas sentir à la palpation la continuité de la tumeur avec les parties profondes de la langue.

La tumeur est enlevée à la base du pédicule, et la surface de la plaie cautérisée avec le thermocautère.

On ne dit rien ni des suites de l'opération, ni de l'examen de la tumeur. Il est probable que celui-ci a été fait, puisque le cas est décrit sous le nom de « sarcome à cellules fusiformes du dos de la langue ».

La tumeur est absolument semblable à celle que nous avons observée. Il est seulement regrettable que le cas n'ait pas été suivi.

Observation XII

Sarcome à cellules fusiformes

Mékulicz et Michelson. — *Atlas der Krankheiten der Mund und Rachenhole II Helfte*, Tafel XXXVII

F. B..., âgé de 57 ans, paysan de la Galicie. Le malade ne présente pas d'antécédents héréditaires. Il y a six mois, il a remarqué sur le dos de la langue une grosseur qui, en augmentant continuellement, a atteint le volume actuel.

Absence de douleurs et de gêne, sauf de la parole, qui est moins nette depuis quelque temps.

Le malade est admis à la Clinique chirurgicale de Cracovie.

Homme mal nourri, avec une musculature faible. Aucune lésion viscérale. Le tiers antérieur de la langue est envahi par la tumeur.

La partie droite de la tumeur est beaucoup plus grande que la gauche ; les deux sont séparées par un sillon répondant au *septum linguæ*.

La tumeur occupe toute l'épaisseur de la langue ; en arrière elle se continue avec le tissu sain par une limite très nette. La muqueuse recouvrant la tumeur est tendue, d'un aspect velouté, un peu hyperémiée, mais absolument saine. La consistance de la tumeur est ferme.

Aucune douleur ni spontanée, ni au palper.

La mobilité de la langue n'a diminué qu'à cause du volume de la tumeur ; le malade peut retirer la langue sans difficulté; par contre, il ne peut la ramener dans la bouche qu'à l'aide du doigt.

La déglutition n'est pas gênée. On ne sent aucun ganglion.

Amputation de la partie malade de la langue. L'hémorragie, assez abondante, est arrêtée par la ligature des vaisseaux.

Le 22 décembre, le malade s'en va guéri.

Examen miscrocopique : sarcome à cellules fusiformes.

Ultérieurement apparaissent au voisinage de la cicatrice des récidives sous forme de tumeurs ulcérées superficiellement ; les ganglions sous-maxillaires du côté gauche s'engorgent et atteignent le volume d'une noisette.

De nouvelles opérations sont pratiquées le 21 juillet 1885 et le 27 janvier 1886.

Vers le 19 janvier 1888, le malade vient de nouveau à la Clinique de Cracovie, pour une petite tumeur superficielle au voisinage de la cicatrice ; on reconnaît une ulcération produite par deux chicots tranchants.

L'ulcération guérit après extraction des deux dents. Quatre semaines plus tard, le malade sort guéri le 19 février 1888.

La marche ultérieure n'est pas connue.

Observation XIII

Sarcome à cellules fusiformes

Mercier, *Revue médicale de la Suisse romane*, 1890, n° 4.

Jules B..., homme d'apparence robuste, âgé de 36 ans, pointeur à la gare S.-O.-S. Entre le 5 février 1890 à l'hôpital cantonal à Lausanne, dans le service de M. le docteur Mercantou. Il désire être débarrassé d'une tumeur qu'il porte sur le dos de la langue, à quelques millimètres de la pointe et à cheval sur la ligne médiane, qu'elle dépasse surtout à droite.

Pas d'hérédité.

Cette grosseur a débuté, il y a huit ans, par un petit bouton rosé qui s'est alors développé progressivement, pour doubler de volume l'année dernière ; depuis quatre ans elle est restée stationnaire.

Cette tumeur tout à fait indolente, du volume d'une noix, a la forme générale d'un champignon.

Largement pédiculée, elle est aplatie à son sommet par la pression qu'elle exerce contre les incisives supérieures et la voûte du palais. La muqueuse qui la recouvre présente des papilles hypertrophiées et la coloration rosée de la langue. Sa consistance ferme et résistante permet de la limiter nettement dans le tissu lingual, qu'elle pénètre environ à 2 centimètres et demi. Les sensibilités générale et spéciale sont abolies à la surface de la tumeur. Une piqûre d'épingle, la saveur du sucre, d'un acide, ne sont pas perçues par le malade.

Le 8 février, le docteur Mercantou procède à l'ablation de la tumeur. Celle-ci est circonscrite par deux coups de ciseaux intéressant toute l'épaisseur de la langue.

Les lèvres de la plaie sont réunies par six points de suture.

Le 13, on enlève les fils ; réunion complète par première intention.

La tumeur, largement extirpée, a la forme d'une grosse noix, entièrement recouverte de papilles hypertrophiées, développées surtout dans sa partie postérieure. Son diamètre antéro-postérieur, ainsi que son diamètre transversal, mesurent 2 centimètres et demi. Sur une coupe antéro-postérieure et verticale, on constate que la tumeur est d'un rose pâle et assez dure. Dans sa partie antérieure, on constate quelques parties jaunâtres. Elle descend de 7 à 8 millimètres au-dessous de la surface de la langue, où elle est enveloppée de faisceaux musculaires d'apparence normale.

Au sommet, la couche épithéliale est plus mince que dans sa partie postérieure, où elle atteint une épaisseur de 2 millimètres et demi.

L'examen microscopique pratiqué par le docteur Stilling, montre que la tumeur est un sarcome. Elle est constituée par de grandes cellules de différentes formes à un ou plusieurs

noyaux. A la périphérie de la tumeur, au milieu des lobules formés par elle, on reconnaît des faisceaux musculaires et de petits nerfs écartés par les éléments proliférants du sarcome. Au centre, dégénérescence graisseuse fortement accentuée.

Observation XIV

Sarcome à cellules rondes

Targett. — *Guy's hospital reports*, t. XLVII. Obs. 1, *Guy's surgical reports*, 1888.

Joseph P..., âgé de 25 ans, est admis dans le service de M. Howse, pour une tumeur de la langue, dont le malade s'est aperçu pour la première fois, il y a un an.

D'abord du volume d'un haricot, elle avait grossi progressivement sans occasionner de douleurs. Le malade a perdu de son poids dans ces derniers temps. Les antécédents personnels et héréditaires sont bons.

A son entrée, on peut constater dans la langue une tumeur arrondie, plus dure que le reste de la langue ; elle occupe le milieu de l'organe, tout en étant plus apparente au côté gauche du frein. Cette masse est séparée par un sillon d'une autre tumeur qui existe au côté gauche du plancher de la bouche, depuis le frein jusqu'à la dernière molaire. Elle est moins dure que la première et mobile. Les deux tumeurs semblent, du reste, ne faire qu'une ; et, d'autre part, se prolonger dans la région sous-maxillaire, car, en plaçant l'index sur le plancher de la bouche et le pouce dans la région sus-hyoïdienne, on transmet les mouvements aux deux tumeurs, qui se meuvent ensemble. Dans la région sous-maxillaire, existe un ganglion volumineux très mobile.

Le malade peut avaler aisément et parler sans difficulté ; mais les mouvements de la langue sont un peu gênés par la tumeur. Il n'y a pas de douleur.

La surface n'est pas ulcérée.

Pendant trois semaines, on fait suivre au malade un traitement antisyphilitique qui ne détermine aucune amélioration. L'opération est donc décidée et pratiquée dans l'automne 1888.

La joue gauche est incisée dans l'étendue de trois centimètres en arrière de la commissure ; la langue, tirée en avant, est divisée avec des ciseaux sur la ligne médiane dans l'étendue des deux tiers antérieurs, et la portion gauche est enlevée. On enlève également la tumeur du plancher buccal. L'opération s'accompagne d'hémorragies abondantes qu'on arrête avec des ligatures. La plaie est ensuite badigeonnée au pinceau avec de l'éther iodoformé et l'incision de la joue est suturée.

Les jours suivants, on badigeonna, toutes les heures, la plaie avec l'éther iodoformé, et le malade fut nourri au moyen de la sonde œsophagienne.

Trois semaines après l'opération, le malade était renvoyé guéri.

Quinze mois après, le malade fut examiné. A cette époque, on trouva la région sous-maxillaire gauche occupée par une masse qui avait augmenté lentement de volume. Il y avait également une tumeur sous l'apophyse zygomatique du côté droit.

Le plancher de la bouche et le reste de la langue ne présentaient pas de récidive. Le malade se plaignait de douleurs vagues dans la poitrine, et l'auscultation faisait constater une forte bronchite, mais nul signe de localisation de la tumeur aux poumons.

Examen de la tumeur. — Les parties provenant de l'opération contenaient deux masses : l'une, de la grosseur d'une noix, occupait la place de la glande sublinguale ; l'autre était contenue dans le tissu de la langue. Une section verticale antéro-postérieure de la portion linguale montre que la tumeur qu'elle contenait était de forme sphérique, de 3 centimètres de dia-

mètre, de consistance molle. Elle est assez bien limitée ayant refoulé le tissu musculaire. Sa partie supérieure était à 1 centimètre environ de la muqueuse de la langue ; sa partie inférieure, au contraire, touchait à la muqueuse. Nulle part celle-ci n'était ulcérée. La partie sublinguale de la tumeur était étroitement liée à la partie contenue dans la langue et était probablement une extension de la tumeur primitive. Ses rapports avec la glande ne purent être déterminés ni par la dissection, ni par l'examen histologique ; on en conclut que la glande sublinguale, ou bien avait été laissée, ou bien était déjà détruite.

Les coupes furent faites dans différentes portions de la tumeur après inclusion dans la celloïdine. Ces coupes permirent de constater que la tumeur était composée de petites cellules rondes entre lesquelles existait une petite quantité de substance fondamentale granuleuse.

Au milieu de la masse cellulaire existait des vaisseaux à parois très minces servant, en quelque sorte, de stroma.

On apercevait également quelques amas de tissu musculaire et conjonctif, divisant les cellules en masses plus ou moins grandes, mais n'étant pas assez nombreuses pour donner une consistance ferme à la tumeur. On pouvait également voir un ou deux nerfs traversant, plus ou moins obliquement, la coupe. A la périphérie, les fibres musculaires étaient plus nombreuses, et l'on pouvait voir le mode d'envahissement des faisceaux musculaires par les cellules. On rechercha soigneusement sur les coupes la présence de parasites, mais sans succès.

La conclusion fut que l'on avait affaire à un sarcome à cellules rondes, ayant probablement pris naissance dans le tissu conjonctif de la langue et ayant, peu à peu, détruit le tissu musculaire.

Au mois d'août 1890, près de deux ans après l'opération, l'état général du malade est encore bon, mais des tumeurs

secondaires très volumineuses existent des deux côtés du cou, sous l'apophyse zygomatique du côté droit et dans la région maxillaire du côté gauche ; mais il ne paraît pas y avoir de récidive dans la bouche.

Note manuscrite du docteur Targett. — Le malade mourut en juillet 1891 de cachexie, de gêne de respiration, occasionnée par la généralisation de la tumeur au cou, et probablement aux poumons.

Observation XV

Sarcome à cellules rondes et fusiformes

Targett. — Obs. II. *Guy's surgical Reports*, 1867.

Albert W..., âgé de deux ans, fut admis dans le service de M. le docteur Durham, pour une tumeur de la langue dont la mère s'était aperçue pour la première fois, sept semaines auparavant. Elle avait beaucoup grossi dans les derniers temps ; elle n'était nullement douloureuse. L'enfant ronflait avec bruit pendant son sommeil. Les antécédents de la famille étaient satisfaisants. A son entrée, l'enfant présentait sur le dos de la langue, à gauche de la ligne médiane, à peu près à quatre centimètres en arrière de la pointe, une tumeur de consistance molle, blanchâtre et mesurant deux centimètres environ. Aucun engorgement ganglionnaire. Aucune gêne de la déglutition, pas de douleur.

L'enfant resta en observation et, deux mois après son admission, comme la tumeur avait augmenté de volume et gênait la déglutition, on pratiqua l'ablation de la tumeur. Celle-ci fut enlevée avec une portion de la langue, au moyen de l'écraseur. Un examen ultérieur montra que toute la tumeur n'avait pas été enlevée.

Une quinzaine de jours après l'opération, la tumeur avait récidivé sur place et si rapidement qu'elle était plus volumineuse

qu'auparavant. Elle était un peu lobulée, très molle et s'étendait en arrière, aussi loin que le doigt pouvait atteindre. Elle empiétait aussi sur le plancher de la bouche, et on pouvait la sentir extérieurement comme une masse profondément située dans la région sous-maxillaire gaucher. L'enfant fut emmenée de l'hôpital et mourut peu de temps après ; on ne fit pas l'autopsie.

L'examen microscopique montra que la tumeur était composée d'une trame délicate de tissu conjonctif servant de soutien à des cellules affectant toutes les variétés de forme entre les cellules rondes, et de véritables fibres en passant par des cellules ovales et fusiformes.

Observation XVI

Sarcome

Targett. — Obs. III. *Guy's surgical Reports*, 1873.

Charles J..., âgé de dix mois, enfant bien portant, de bons antécédents héréditaires.

La mère aperçut pour la première fois une tumeur sous la langue de son enfant, alors que celui-ci n'avait que sept mois. Elle se développa rapidement jusqu'à devenir une masse saignant fréquemment. Quand il fut admis dans l'hôpital, dans le service de M. Houwe, il existait, à la face inférieure de la langue, une tumeur blanche, allant de la pointe sur la ligne médiane jusqu'au plancher de la bouche.

Une fois la tumeur enlevée, on constata qu'elle était de nature sarcomateuse.

(Le malade n'a pas été suivi et l'on ne sait rien sur l'évolution ultérieure de l'affection).

Observation XVII

Sarcome à cellules rondes

Max Scheier. — *Berliner Klinische· Wochenschrift*, 1892, p. 534.

Le nommé Sattler R..., âgé de 28 ans, paraît être d'une famille bien portante. Son frère serait mort d'une pneumonie aiguë ; sa mère, ses frères et ses sœurs sont bien portants. A part une fièvre typhoïde, que le malade a eue il y a trois ans, jamais il n'a été souffrant.

La maladie actuelle a débuté au mois de juin 1890, par des douleurs dans la langue et par de légers troubles de la déglutition. Le médecin qui le soignait à ce moment constata une forte pharyngite avec un gonflement considérable de la base de la langue. Déjà, à la fin de septembre, se montra à ce niveau une ulcération de mauvaise apparence qui donna naissance peu à peu à une tumeur arrondie s'étendant de tous les côtés.

On soupçonna la syphilis, et des frictions mercurielles énergiques furent instituées, mais sans résultat aucun. Les douleurs devinrent plus intenses et il apparut de la dyspnée. On pratiqua alors plusieurs incisions exploratrices de la tumeur, mais même l'examen microscopique ne permit pas de préciser le diagnostic.

Depuis la fin de novembre jusqu'à la fin de décembre 1890, le malade fut traité par la tuberculine de Koch, qui ne donna pas de réaction notable.

Il entre alors, le 2 janvier 1891, à l'hôpital. Au moment de son entrée, le malade est chétif et assez amaigri, la musculature est flasque, le teint est pâle, les joues creusées. Il se plaint de grandes difficultés pour avaler et de douleurs très intenses, siégeant à la partie postérieure de la langue et irra-

diant vers les côtés du cou ainsi que vers l'oreille gauche. Il ne peut avaler qu'avec peine les aliments solides, et sa nourriture est principalement composée de substances liquides. Il éprouve également une gêne légère pour respirer. L'haleine est très fétide, la salivation peu abondante ; la parole est indistincte, nasonnée ; il ne peut se faire comprendre que difficilement.

L'inspection ne révèle rien d'anormal à la partie antérieure de la langue.

On voit très nettement les papilles caliciformes, ainsi que les papilles fongiformes ; ces dernières, cependant, sont un peu saillantes. Ce n'est qu'à l'aide du laryngoscope qu'on arrive à voir le néoplasme. Toute la base de la langue est envahie par une tumeur dont la surface est brunâtre, irrégulière, et qui s'applique tellement contre la paroi postérieure du pharynx qu'on ne peut apercevoir ni l'épiglotte ni les cordes vocales. On ne peut pas déterminer jusqu'où descend la tumeur La surface présente de petites masses brunâtres qui s'enlèvent facilement et sont constituées en partie par des restes d'aliments, en partie par du tissu modifié ; ce sont elles qui répandent une odeur insupportable. En avant de la tumeur, immédiatement en arrière des papilles caliciformes, existe une crête saillante.

La base du néoplasme, comme d'ailleurs toute la tumeur, présente à la palpation une consistance molle. On ne sent rien d'anormal à la partie antérieure de la langue. Dans la cavité bucco-naso-pharyngienne, existe une hypertrophie de tout le tissu adénoïde.

Au-dessous de l'angle gauche du maxillaire inférieur existe un ganglion du volume d'un œuf de pigeon, roulant sous le doigt, pas douloureux à la pression. Aucun engorgement ganglionnaire.

La température et le pouls sont normaux. L'examen d'autres

organes, et spécialement des poumons, ne révèle rien de pathologique. Aucune trace de syphilis.

Après cet examen, on fut bien obligé de poser le diagnostic de carcinome de la langue, malgré le jeune âge du sujet, l'absence presque complète d'engorgement ganglionnaire, contrairement à ce qui aurait dû avoir lieu dans un cancer aussi avancé et aussi étendu.

Pour confirmer le diagnostic, on enleva plusieurs fois des parcelles de la tumeur, mais jamais l'examen microscopique ne révéla l'existence d'éléments caractéristiques du cancer ; le microscope ne montra que du tissu mortifié, en faisant pencher plutôt le diagnostic vers une gomme.

Quoique l'examen le plus minutieux de tout le corps ne révélât aucune trace de syphilis et que le malade niât tout antécédent, on lui administra cependant de fortes doses d'iodure de potassium, pendant les quinze jours qui suivirent son entrée à l'hôpital. On n'obtint aucune amélioration.

La tumeur augmentait toujours, les troubles de la déglutition s'accentuaient, la douleur était continue, au point que le malade n'avait même plus de repos la nuit. En un mot, l'état général du malade empira rapidement. On essaya encore une fois d'exciser un petit morceau de la tumeur, et cette fois l'examen d'une portion enlevée dans les parties profondes établit l'existence très probable d'un sarcone. Une attente plus longue ne pouvait, dès lors, que devenir nuisible au malade et, comme, d'autre part, celui-ci ne cessait de réclamer une opération qui le débarrassât de ses souffrances, celle-ci fut décidée.

L'extirpation de la tumeur paraissant impossible par la bouche, d'autant plus qu'on ne pouvait même pas se faire une idée exacte de son étendue, le docteur Korte employa le procédé opératoire de Langenbeck, trois jours après avoir fait la trachéotomie préventive, qui fut pratiquée le 16 janvier.

L'opération fut faite de la façon suivante : incision cutanée,

parallèle au bord inférieur du maxillaire gauche, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au bord antérieur du masséter, et, de ce point, se prolonge verticalement en bas, jusqu'à l'os hyoïde. Incision de l'artère linguale entre deux ligatures. Puis on scie le maxillaire inférieur, entre la première et la deuxième grosse molaire, obliquement de haut en bas et d'arrière en avant.

Les deux fragments du maxillaire étant écartés, on arrive enfin à voir la tumeur dans toute son étendue. Elle présente le volume d'un œuf de poule, occupe la plus grande partie de la base de la langue jusqu'à l'épiglotte qu'elle refoule en bas en la recouvrant; l'épiglotte, elle-même, est respectée. La tumeur est molle et se laisse facilement énucléer, en laissant après elle une cavité profonde. Le fond est mou. Rien de pathologique, ni à la partie antérieure de la langue, ni au voile du palais. On extirpe le fond de la cavité à l'aide de ciseaux et de pinces jusqu'à ce qu'on ne trouve plus que du tissu sain. Pendant ce travail, on coupe l'artère linguale de l'autre côté : hémorragie très abondante ; on arrive à lier sur place l'artère. Toute la plaie est cautérisée au chlorure de zinc ; mèches de gaze iodoformée, drainage, suture du maxillaire inférieur avec du fil d'argent, suture de la peau.

Les premiers jours après l'opération, on nourrit le malade au moyen de lavements, puis on introduit des aliments par une sonde œsophagienne.

Dix jours après, le malade peut avaler sans difficulté et, au bout de trois semaines, la plaie est cicatrisée.

Le malade reprend des forces, circule sans canule, respire librement et peut même avaler des aliments solides.

A la base de la langue, qu'on touchait au début avec une solution de nitrate d'argent, on constate, après l'opération, une surface lisse ; pas de nouvelles végétations.

L'épiglotte et les cordes vocales ne présentent aucune modification.

L'examen microscopique de la tumeur donne les résultats suivants : la tumeur est constituée par de petites cellules arrondies, renfermant un noyau relativement volumineux, nucléolé. Ces cellules sont, d'une manière générale, plus grandes que celles d'un tissu embryonnaire ordinaire ; par places, elles présentent une forme allongée en fuseau.

Ces cellules sont tellement serrées les unes contre les autres qu'elles ne sont unies entre elles que par un tissu intercellulaire à peine visible; on voit seulement, par places, une petite quantité d'éléments fibrillaires. On voit également, au milieu de la préparation, quelques faisceaux de fibres musculaires striées, qui paraissent dissociées par le tissu de la tumeur, des fibrilles conjonctives et de grands espaces à parois très minces (espaces vasculaires), surtout nombreux à la périphérie de la tumeur. En quelques points isolés, surtout au voisinage des vaisseaux, on apercoit des amas de cellules à noyaux plus petits et plus fortement colorés. La périphérie de la tumeur offre la même infiltration de petites cellules. Au pourtour du néoplasme, on trouve des amas des mêmes petites cellules au milieu du tissu sain.

En somme, le diagnostic microscopique est : sarcome à petites cellules rondes.

Cinq semaines après l'opération, commença à se former rapidement une légère tuméfaction, siégeant au-dessous du maxillaire inférieur sur la ligne médiane. Elle se développa avec une telle rapidité, qu'au bout de huit jours, tout le plancher buccal était envahi par une tumeur ferme.

L'opération de la récidive, qu'on pratiqua à la fin de février, permit de constater que tout le plancher buccal était envahi par une tumeur de consistance dure, ayant englobé les muscles qu'on ne parvenait pas à reconnaître. La tumeur s'étendait à droite et à gauche, en arrière de l'angle de la mâchoire. Elle fut en partie énucléée, en partie incisée.

L'examen microscopique des parties les plus fermes de la tumeur fournit les mêmes résultats que pour la tumeur primitive, avec la différence qu'il existait un plus grand nombre de fibres conjonctives.

Je serai bref, à partir de ce moment, sur la marche de la maladie. Le malade ne fut soulagé que pour quelques semaines. Déjà, à la fin d'avril, les ganglions du côté gauche étaient envahis; cette tuméfaction gagnait bientôt le côté droit et arrivait à comprimer tellement la trachée des deux côtés, qu'on fut obligé de pratiquer de nouveau, au mois de juillet, la trachéotomie. A partir de ce moment, l'état général empira de jour en jour ; le malade ne pouvait plus être nourri que par le gavage; la tumeur prit des deux côtés du cou un volume énorme, et le malade mourut, le 5 décembre 1891, de cachexie et d'inanition.

A l'autopsie, le sujet est très maigre. Sur le côté gauche du cou on trouve une tumeur dont le volume atteint celui d'une tête d'enfant. Elle s'étend de la clavicule au conduit auditif externe, dépasse la ligne médiane et forme à droite, au-dessous de l'angle de la mâchoire, une tumeur du volume d'une poire. La tumeur est molle. Incisée, elle présente des foyers plus ou moins considérables de ramollissement.

A la hauteur de la septième côte droite, près du bord sternal, on trouve, dans la peau, un noyau de la grosseur d'un œuf de pigeon, et un noyau un peu plus à gauche et au-dessus de l'ombilic. A la coupe, ces noyaux sont légèrement transparents.

Au niveau du pli courbe, existe une petite tumeur de même consistance que la tumeur principale.

La langue est un peu augmentée de volume ; la pointe est rétractée. A la base, là où siégeait la tumeur primitive, existe une cavité à surface lisse, tapissée par une muqueuse ; du fond de la cavité part un bourgeon de la grosseur d'une petite

pomme et qui fait saillie à gauche dans la partie supérieure du larynx. La muqueuse de la langue a partout conservé son aspect normal. Lorsqu'on incise la langue suivant la ligne médiane, on ne trouve des muscles que vers la pointe ; partout ailleurs c'est une masse blanc grisâtre. L'épiglotte n'existe plus. A sa place, on trouve des saillies végétantes de la grosseur d'un noyau de prune faisant saillie dans le larynx. Les cordes vocales supérieure et inférieure du côté gauche sont saines ; mais, à droite, la corde vocale supérieure donne naissance, dans toute son étendue, à une espèce de bourrelet qui repose sur la corde vocale inférieure. La muqueuse pharyngienne présente aussi des aspérités en forme de crête de coq. Toutes ces tumeurs présentent, à la coupe, la même consistance que la tumeur principale.

Observation XVIII

Sarcome à cellules fusiformes

(Stern, *Deutsche, med. Wochenschrift.* 1892, 2 juin).

Catherine H..., âgée de quatre ans, enfant idiote, amenée à l'hôpital en 1890 (Marienhospital de Dusseldorf), pour une tumeur du volume d'une noisette, située sur le bord droit de la langue au niveau de la première molaire.

La tumeur fut excisée.

Au mois de septembre 1891, l'enfant fut de nouveau amenée à l'hôpital avec une tumeur du volume d'une noix occupant le même siège. La tumeur avait apparu récemment, et l'augmentation du volume avait été très rapide.

La tumeur fut extirpée largement au moyen d'une incision cunéiforme intéressant les parties saines.

L'examen microscopique fit constater un sarcome à petites cellules fusiformes.

Observation XIX

Fibro-sarcome

Onodi. — *Revue de laryngologie*, 15 octobre 1893

Fibro-sarcome de la base de la langue.

Jeune fille de 17 ans, présente une tumeur de la grosseur d'une noisette à la base de la langue. En juin 1892, la patiente remarqua, pour la première fois, qu'il se formait sur sa langue une tumeur en forme de haricot, ne donnant lieu à aucun symptôme douloureux. Depuis, la tumeur a pris le volume d'une grosse noisette et détermine de l'embarras de la déglutition pour avaler de gros morceaux durs.

J'ai vu la patiente au commencement de cette année ; je l'ai examinée à tous les points de vue ; elle est vierge et en parfaite santé. La tumeur a son siège sur le côté gauche de la base de la langue ; elle est nettement délimitée, recouverte par la muqueuse et porte des papilles en avant ; elle s'amincit en arrière, présente une couleur blanchâtre ; est vasculaire, élastique.

Pour le diagnostic, on pourrait songer à un kyste ou à un fibrome. En conséquence, j'ai pratiqué une incision de 1 cent. de profondeur sans résultat positif.

J'ai, ensuite, extirpé un fragment de 1 cent. de large et 2 millimètres d'épaisseur et l'ai fait examiner sous le microscope.

L'examen a été fait par le docteur Munnich, assistant, qui a reconnu un fibro-sarcome. Ce diagnostic a été confirmé par le docteur Scheuthauer, professeur d'anatomie pathologique.

J'ai proposé à la malade une opération radicale, mais elle a refusé de s'y soumettre. Je l'ai revue au bout d'un mois, et j'ai

trouvé la tumeur telle que je l'ai décrite avec une cavité correspondant au fragment extirpé.

Observation XX

Sarcome

E.-J. Perman. — *Buffalo medical and surgical journal*, 1894, p. 148.

Sarcome de la langue traité par la pyoctanine.

Mme V. F..., âgée de 30 ans, appela le docteur Hankinson pour la première fois, le 17 décembre 1892, et lui dit que, de temps en temps, en mai et en juin de la même année, elle avait observé des filets de sang dans la salive ainsi qu'une gêne dans la gorge. Elle avait fait appeler le docteur Gibbson, le médecin de la famille, qui avait cautérisé la gorge avec une solution au nitrate d'argent. Il n'avait constaté qu'un peu de rougeur de la gorge. La santé générale était bonne ; la déglutition se faisait sans difficulté.

Pendant l'été tout alla bien, et ce fut seulement dans le milieu de décembre qu'elle sentit une gêne dans la gorge. Elle consulta de nouveau le docteur Gibbson qui, après l'avoir examinée avec un miroir, découvrit une tumeur à la racine de la langue et l'envoya au docteur Hankinson. La malade fit un voyage projeté à la campagne, après Noël, et quand elle revint dans la première quinzaine de janvier 1893, le docteur Hankinson trouva la tumeur un peu augmentée.

Le 14 janvier 1893, je l'examinai pour la première fois avec le docteur Hankinson. Quand la tumeur fut attirée, nous vîmes au moyen d'un miroir une tumeur siégeant à la racine de la langue.

Cette tumeur avait 2 cent. de haut et était épaisse comme le petit doigt. La muqueuse qui recouvrait la tumeur était saine. La tumeur cachait les parties sous-jacentes, et nous ne pou-

vions voir que la racine de la langue augmentée de volume. La tumeur était molle au toucher et il n'existait aucune induration des parties voisines.

Le 17 janvier 1893, à la maison Sophia, un morceau de la partie la plus élevée de la tumeur fut enlevé à l'anse galvanocaustique par le docteur Hankinson pour être examiné au microscope. Au laryngoscope, on put constater que la tumeur siégeait surtout à droite et sur la ligne médiane, empiétant un peu à gauche ; la surface en était inégale, mamelonnée. La tumeur faisait une saillie de 2 cent. au-dessus de la racine de la langue. La muqueuse n'était pas ulcérée. Au toucher, la consistance était molle, presque fluctuante. La limite inférieure atteignait l'épiglotte.

L'état général de la malade paraissait bon, pas de douleur, seulement un peu de gêne dans la gorge et des mucosités très abondantes. Depuis quelques jours, cependant, la malade était éveillée assez souvent dans la nuit par une douleur de gorge et une certaine gêne pour respirer. Jusqu'alors, elle n'avait eu aucune difficulté pour parler, ni avaler ; mais, depuis quelques jours également, elle avait été forcée d'abandonner toute nourriture solide.

Bien qu'il n'y eût aucune raison de penser à la syphilis, la malade n'en présentant ni antécédents, ni traces, on administra de grandes doses d'iodure de potassium, que la malade prit pendant une semaine sans résultat.

Le 25 janvier, il était facile de constater que la tumeur avait augmenté. La masse visible était aussi grosse qu'une noix et atteignait presque le fond du pharynx. La malade avait de la difficulté à respirer, probablement à cause des mucosités.

L'augmentation rapide du volume de la tumeur en indiquait toute la gravité, il ne fallait pas penser au cancer, le cancer apparaît rarement dans cette partie de la langue ; la mollesse de la tumeur, l'absence d'ulcérations et d'infiltration étaient

également contre hypothèse. Il fallait penser au sarcome. La syphilis seule pouvait prêter à l'erreur, et il se serait agi d'une gomme non ramollie. Mais on ne trouvait aucun signe de syphilis, et le traitement continué pendant un certain temps ne donna aucun résultat.

Pendant ce temps, l'examen microscopique trancha les difficultés ; la partie enlevée fut examinée au bureau des recherches pathologiques par le docteur Vestberg, et il fut reconnu que c'était un sarcome.

Une fois que l'examen microscopique eut démontré la malignité de la tumeur, l'opération fut décidée, opération consistant à enlever toute la langue jusqu'à l'épiglotte.

Le siège de la tumeur la rendait inaccessible de toute autre façon, et c'était le seul moyen d'empêcher la récidive. Mais, même après une telle opération, personne ne pouvait dire avec certitude que le mal ne reparaîtrait pas. D'autre part, cette tentative devait être regardée comme dangereuse pour la vie, d'autant plus qu'il s'agissait d'une malade aucunement habituée aux privations et aux souffrances.

Je ne proposai même pas l'opération à la malade, et en parlai seulement à son mari. Celui-ci, devant les dangers de l'opération, refusa qu'on en parlât à sa femme.

Je proposai alors, comme la seule chose ayant quelques chances de succès, les injections de pyoctanine.

Avant de les faire, je demandai à la malade et à son mari d'avoir l'avis du docteur Berg. Le résultat de cette consultation, avec le docteur Hankinson et moi, fut qu'il recommanda aussi le traitement par la pyoctanine.

La trachéotomie fut faite, le 28 janvier, à la maison Sophia, comme opération préliminaire, au cas où les injections de pyoctanine détermineraient une augmentation de la tumeur ou de l'œdème de la glotte.

Le 2 février, les injections de pyoctanine furent commen-

cées et continuées tous les deux ou trois jours : un ou deux grammes d'une solution au 1/1500 étaient injectés à chaque fois. Les injections étaient faites à l'aide du laryngoscope au moyen d'une longue seringue à aiguille recourbée. Elles étaient faites à peu près à un centimètre de profondeur au niveau du point d'implantation de la tumeur.

Quand les injections ne déterminèrent plus de tuméfaction de la base de la langue, la canule fut retirée; ce fut une semaine et demie après.

Le 15 février, après cinq injections, il y avait une diminution de la tumeur, qui devenait plus pédiculée. Au toucher, le point d'implantation fut trouvé plus petit qu'au premier examen. Cependant, à ce moment, la tumeur semblait s'être élevée et simulait un champignon.

Le 18 février, après six injections, le docteur Hankinson fit une excision de la partie saillante avec une anse galvano-caustique. La tumeur avait le volume de la moitié d'une noix; le pédicule avait à peine un centimètre de diamètre. La tumeur était divisée par des sillons en trois lobes, de coloration jaune. La partie postérieure était plutôt rouge et comme transparente. Un nouvel examen microscopique vint confirmer le premier.

Le 18 mars, une petite masse de la grosseur d'un grain de café parut sur la partie gauche de la tumeur ; elle augmenta graduellement, jusqu'à devenir aussi volumineuse que celle qu'on avait enlevée le 8 février. La malade avait eu à cette époque dix-huit injections.

Excision nouvelle à l'anse galvano-caustique. Le pédicule était plus petit que celui de la première tumeur.

Le 19 mars, cautérisation de la base d'implantation au galvano-cautère. Durant les deux jours suivants, légères douleurs dans le côté gauche de la langue et dans la gorge.

Les injections de pyoctanine furent continuées. On en fit

trente et une jusqu'au 26 avril 1893. Pendant les derniers temps, on laissait cinq à six jours d'intervalle entre chaque injection.

Après le 18 mars, il n'y eut aucune apparence de récidive, mais la tuméfaction de la base de la langue persista encore quelque temps.

J'examinai la malade le 6 février 1894 ; il n'y avait pas de trace de récidive ; elle avait été bien tous ces derniers temps, sans se ressentir de son affection. A la fin d'avril, la guérison continuait.

Observation XXI

Barker. — *Holmes system of surgery.* Vol. II, p. 576.

Cet auteur rapporte un cas dans lequel une tumeur pédiculée, située sur le dos de la langue, fut enlevée et revint bientôt. Différentes tumeurs de même nature apparurent ensuite, sur la peau de différentes parties du corps. Il regardait le cas comme un fait de sarcomatose généralisée, le dos de la langue participant à l'envahissement général.

Observation XXII

Sarcome à cellules rondes.

E. K. Dunham, *The american journal of medical sciences,* sept. 1895, p. 259.
Sarcome à cellules rondes de la langue.

Une tumeur de la langue, que l'examen microscopique révéla être un sarcome constitué surtout par de grandes cellules rondes, fut enlevée à un homme de 61 ans par le docteur D. J. Bryant, à Bellevue Hôpital New-York, le 27 janvier 1894. Les sarcomes de la langue sont si rares que le cas vaut la peine d'être signalé.

Les parents du malade sont morts tous les deux, le père d'une cause inconnue, la mère de vieillesse, à 73 ans. Le patient avait un frère et quatre sœurs ; le frère et une sœur sont morts de tuberculose, les trois autres sœurs sont vivantes et bien portantes.

Comme antécédents personnels : bonne santé générale ; 40 ans auparavant le malade a eu la malaria, et l'année précédente, des douleurs rhumatismales dans l'épaule droite. Buveur modéré, grand fumeur, environ dix pipes par jour.

Huit mois avant l'opération, à la suite d'une morsure de la langue, il apparut une ampoule qui ne disparut pas, mais qui, irritée constamment au contact des dents gâtées, devint dure au bout de trois mois. Depuis ce temps, elle grossit lentement jusqu'à atteindre le volume qu'elle avait au moment de l'opération.

La tumeur avait alors un centimètre et demi de diamètre. Elle occupait le côté droit de la langue, située à deux centimètres à peu près de la pointe ; son extrémité antérieure répondait aux premières petites molaires. Elle était arrondie, unie, sauf en quelques endroits, où il existait quelques papilles assez saillantes. Aucune ulcération. La tumeur était sessile et non pas pédiculée.

Après son ablation, l'incision de la tumeur révéla un néoplasme d'un gris rose clair, d'une structure en apparence uniforme, assez ferme au toucher, et régulièrement arrondie. La muqueuse de la langue formait une mince couche à la surface.

La tumeur présente surtout de l'intérêt, à cause de sa structure. Au microscope, l'épithélium de la muqueuse linguale est intact en tous points ; il recouvre une couche conjonctive plus ou moins épaisse suivant les endroits; mais, nulle part, il n'existe d'infiltration de l'épithélium dans les couches profondes.

Les tissus conjonctifs sous-épithéliaux étaient infiltrés de

cellules rondes, et se confondaient sans limites très nettes avec la périphérie de la tumeur. La masse de la tumeur était traversée par des travées fibreuses se continuant avec les tissus périphériques ; ces travées, extrêmement minces, servaient de support à des vaisseaux capillaires. Entre ces travées existaient des cellules capillaires à protoplasma abondant, possédant un à quatre noyaux vésiculaires distincts. La majorité de ces cellules étaient rondes, mais quelques-unes étaient fusiformes ; enfin, il y en avait d'irrégulières ; cette dernière forme était due probablement à la compression. Les cellules rondes mesuraient de 9 μ à 30 μ de diamètre ; quelques-unes, plus volumineuses encore, présentaient des vacuoles dans leur intérieur. Par-ci, par-là, au milieu de ces cellules, on trouvait quelques leucocytes à noyaux denses presque homogènes.

Observation XXIII

Sarcome à cellules fusiformes.

Observation de Marion, recueillie dans le service de M. le professeur Berger.

Bouvier, âgé de 17 ans, vient consulter, le 13 mars 1896.

Son père a 46 ans ; il est rhumatisant, mais bien portant ; sa mère, qui en a 40, est un peu anémique ; un frère et deux sœurs sont bien portants.

Comme antécédents personnels, le malade accuse la gourme dans son enfance, la rougeole à 12 ans, une pleurésie il y a quatre ans, et une fièvre typhoïde en janvier 1896.

Au moment où il se présente, il est absolument remis de cette dernière affection. Depuis trois ans, il souffre de temps en temps de névralgie dentaire.

Le début de l'affection, qui l'amène actuellement, remonte à six mois ; jusqu'alors rien n'avait attiré son attention du

côté de la bouche. A partir de cette époque, il s'aperçoit qu'il se mord fréquemment le bord gauche de la langue ; mais ce n'est qu'il y a deux mois, qu'il a remarqué sur ce bord « un petit bouton ». Ce bouton a grossi peu à peu sans déterminer aucune douleur, et ce n'est qu'un peu de gêne de la parole et de la matiscation.

A l'examen, le malade présente sur le bord gauche de la langue, à trois centimètres en arrière de la pointe, une tumeur du volume d'une noisette. Cette tumeur siège exactement à l'union du bord et de la face supérieure.

Fig. 1.
Observation de Marion. — Tumeur primitive.

Elle est pédiculée mais assez largement ; et, immédiatement après son point d'origine, elle s'épanouit. La surface est ulcérée, aplatie, grisâtre, jaune par places. En quelques endroits, existent des sillons, dont un assez profond. Cette surface est, du reste, assez difficile à décrire, car elle se moule, d'une part, sur la voûte palatine, d'autre part, sur les dents voisines.

Cette tumeur se continue avec la langue, mais ne repose ni sur une ulcération, ni sur une induration ; si bien qu'il est impossible de dire à quel niveau elle se prolonge avec le tissu lingual. Elle-même présente une consistance ferme, élastique.

Au toucher, elle est absolument indolente, et ne saigne que difficilement. En temps ordinaire, ce n'est que de temps en

temps, pendant la mastication, que le malade voit apparaître, dans sa salive, quelques filets de sang.

Les trois grosses molaires supérieures, ainsi que la première molaire inférieure du côté correspondant, sont entièrement gâtées, et c'est sur ces chicots que la tumeur se moule.

De chaque côté existe un petit ganglion sous-maxillaire, indolore, du volume d'une olive.

En face de cette tumeur pédiculée, et de l'âge du sujet, M. le professeur Berger ne pensa qu'au papillome et au sarcome, tout en penchant fortement pour ce dernier diagnostic. D'autre part, pour éviter toute cause possible d'erreur, on fit enlever les dents cariées.

Le 17 mars, M. Berger pratiquait l'ablation d'une petite portion de la tumeur afin de savoir à quoi s'en tenir exactement et de régler l'intervention en conséquence. L'examen de ce fragment fut fait par M. le docteur Bezançon et révéla qu'il s'agissait réellement d'un sarcome, à cellules fusiformes.

Sans attendre donc davantage, M. le professeur Berger fit l'ablation complète de la tumeur le 20 mars. Il enleva largement le pédicule avec une certaine portion de tissu sain ; mais il ne toucha aucunement aux ganglions qu'il considérait comme d'origine inflammatoire.

Le malade sortit, le 28 mars, complètement guéri. La cicatrice était en parfait état.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée se présente sous forme d'un champignon. La coupe en est ferme, blanc grisâtre, ne produit aucun suc au râclage. La tumeur a été complètement enlevée, car autour du pédicule existe une large zone de tissu sain.

Des coupes de la tumeur furent pratiquées suivant son plus grand diamètre, perpendiculairement à la surface de la muqueuse, et colorées à l'hématéine et à l'éosine.

A un faible grossissement, elles montrent les détails suivants:

au-dessous du niveau de la muqueuse, on aperçoit des amas fortement colorés en violet, entre lesquels existent des travées rosées peu abondantes. Au niveau, où la tumeur émerge de la langue, ces travées se sont condensées, réunies et on ne voit plus qu'un tissu fasciculé. Plus haut, à ces travées, se mêlent quelques cellules arrondies qui, devenant de plus en plus nombreuses, à mesure qu'on s'éloigne du point d'implantation de la tumeur, finissent par prendre le dessus, si bien que la superficie est constituée uniquement, en apparence, par ces cellules arrondies. Sur la périphérie de la tumeur, on voit un liseré épais, formé par la muqueuse, se continuer en se réfléchissant, d'une part, avec la muqueuse linguale, d'autre part, aller en s'amincissant pour disparaître au point le plus élargi de la tumeur.

Etudions chacun de ces points à un grossissement plus fort. Là où nous avons vu des amas fortement colorés, il est facile de reconnaître des faisceaux musculaires, coupés suivant différents sens, et séparés par des travées de cellules allongées qui s'infiltrent dans le tissu conjonctif interfasciculaire. Plus on avance dans l'épaisseur de la langue, plus ces travées sont minces et rares. Plus on se rapproche de la surface, plus on voit les travées écarter les faisceaux musculaires, se réunir les unes aux autres, si bien qu'au niveau de la surface il n'existe plus qu'un tissu cellulaire sarcomateux. A ce niveau, les cellules qui se sont orientées, pour venir passer à travers la déchirure de la muqueuse sous le moindre volume, sont toutes parallèles entre elles, sauf en certains points, où il existe de petits tourbillons. Ces cellules sont serrées les unes contre les autres, et laissent peu de place pour une substance intercellulaire.

Il n'existe, en aucun point, de stroma conjonctif ou autre. Ces cellules sont très allongées, terminées en pointe, présentant un noyau allongé comme elles, noyau vésiculeux, conte-

nant quelques granulations, fixant peu la matière colorante.

Mais déjà existent, au milieu de ces faisceaux sarcomateux, quelques cellules arrondies, qui tranchent par leur coloration bleue sur le fond rosé de la coupe.

Ces cellules, dans lesquelles on trouve un noyau polylobé fortement coloré, augmentent de quantité, à mesure qu'on s'éloigne du point d'implantation de la tumeur. Enfin, à la superficie, ces cellules forment un tissu homogène, cachant presque l'aspect fasciculé qu'on devine sous leurs amas. Ces grosses cellules ne sont autres que des leucocytes polynucléés infiltrant leur tissu sarcomateux.

La muqueuse qui forme comme un calice à la tumeur nous présente les caractères ordinaires de la muqueuse linguale. Elle n'offre aucune modification, ni des papilles, ni de son épithélium absolument normal.

Il ne saurait être question d'une tumeur d'origine épithéliale.

Un point est intéressant à étudier sur des coupes colorées à l'éosine. Sur ces coupes, en effet, le tissu du sarcome apparaît semé de petits points rouges très brillants, ici isolés, là réunis en amas. Ces points, qui représentent des globules sanguins, sont situés dans l'écartement de faisceaux de cellules fusiformes. Cet écartement, en certains endroits, est minime, il ne contient qu'un ou deux globules ; mais, plus loin, il est plus considérable et l'on arrive à voir se former ainsi de véritables lacunes capillaires. Sur certains points, enfin, il existe dans l'intérieur des cellules sarcomateuses, autour du noyau, des granulations fixant l'éosine. Nous n'aurions pas insisté sur ce fait, s'il ne venait, jusqu'à un certain point, à l'appui d'une théorie soutenue par M. Pilliet, sur l'origine du sarcome. D'après cet auteur, le sarcome ne dériverait pas du tissu conjonctif, mais du tissu spécial qui, chez l'embryon, donne naissance à tous les vaisseaux, d'où la tendance qu'aurait le

sarcome à former des vaisseaux dans son intérieur. Quoi qu'il en soit de l'origine angioplastique du sarcome, on ne peut s'empêcher d'être frappé de l'abondance de ces lacunes vasculaires et du nombre des globules rouges qui les remplissent ; et, d'autre part, de la présence de ces granulations éosinophiles contenues dans les cellules sarcomateuses, comme si elles s'apprêtaient à devenir paroi des capillaires sanguins (cellules vaso-formatrices).

Le diagnostic histologique de la tumeur était donc : sarcome à cellules fusiformes enflammé.

Première récidive.— Le 20 avril, un mois exactement après l'opération, le malade revient. La tumeur a récidivé.

D'après le malade, douze jours auparavant, un médecin avait regardé la langue sans rien remarquer. Ce n'est qu'il y a cinq ou six jours que le malade s'est aperçu d'une nouvelle grosseur. Celle-ci occupe la partie postérieure de la cicatrice de la première opération ; elle se compose de deux parties, une postérieure, sessile, du volume d'un pois, recouverte par la muqueuse; une antérieure, pédiculée comme la première fois. Celle-ci a la forme d'une pyramide triangulaire, dont le sommet s'implante sur la langue ; son volume est celui d'une petite cerise.

Sa surface est ulcérée et présente la même coloration que la tumeur primitive.

La tumeur est absolument indolente.

Les ganglions observés la première fois ont augmenté de volume ; en outre, on en constate un nouveau sur la ligne médiane, à la région sus-hyoïdienne.

Une nouvelle opération est pratiquée le 24 avril. Elle comprend plusieurs temps :

1° Ablation des ganglions sous-maxillaires du côté gauche et ligature de l'artère linguale du même côté ;

2° Ablation du ganglion médian ;

3° Ablation des ganglions sous-maxillaires droits ;

4° Fente de la joue gauche à partir de la commissure, dans l'étendue de trois centimètres, afin d'aborder facilement et loin la langue ;

5° Ablation extrêmement large du sarcome.

Examen de la pièce. — Sur une coupe, on voit que la tumeur pédiculée et la tumeur sessile se continuent au niveau de la langue. Elle s'enfonce de quatre à cinq millimètres dans la profondeur de l'organe.

L'opération a enlevé au moins 7 à 8 millimètres de tissu sain, dans tous les sens, autour de la tumeur.

A la coupe, elle présente le même aspect, la même consistance que la première fois.

L'examen histologique est le même.

L'examen des ganglions montre qu'on a affaire à des ganglions enflammés et non à des ganglions sarcomateux.

Suites d'opération très simples. Réunion par première intention. Le malade sort le 10 mai.

Deuxième récidive. — Le 26 mai, le malade revient ; la tumeur a récidivé en arrière de la seconde ablation. Elle a toujours une forme pédiculée, mais son volume est notablement augmenté ; elle a le volume d'un œuf de pigeon, s'étale, empiète sur la face supérieure et sur la face inférieure Sa surface, qui présente le même aspect que précédemment, a l'étendue d'une pièce de cinq francs.

Le malade ne souffre pas plus que précédemment. Pas de nouveaux ganglions.

Troisième opération, le 29 mai.

Incision horizontale le long du bord inférieur de la mâchoire gauche ; d'autre part, incision verticale allant de la commissure latérale gauche à l'extrémité antérieure de la première incision. Section verticale de la mâchoire gauche au niveau des molaires enlevées et écartement des deux fragments.

Une pince longue est placée sur le repli gingivo-lingual ;

puis, la langue est fendue dans le milieu, depuis la pointe jusqu'à la base, très en arrière de la tumeur, et toute la portion antérieure est enlevée. Aucune hémorragie.

Suture des mâchoires au fil d'argent.

Le clamp et la pince sont laissés en place, sortant latéralement au-dessous de la mâchoire.

En examinant la pièce, on peut constater que l'on a enlevé 2 centimètres de tissu autour de la tumeur.

Au bout de trois jours, le clamp et la pince sont retirés. Le malade va aussi bien que possible. Il demande à se lever le sixième jour et commence à se nourrir.

Douze jours après l'opération tout est cicatrisé, sauf la plaie inférieure, où il reste une fistule.

Le 15 juin, le malade commence à pouvoir mâcher ; cependant on laisse encore les fils d'argent réunissant les deux fragments du maxillaire.

Malgré l'ablation de la moitié de la langue, le malade peut encore parler d'une façon intelligible.

Troisième récidive. — Le 20 juin, on remarque qu'une petite grosseur est revenue, sur le bord gauche du moignon de la langue, au point où la section a été faite au thermocautère.

La grosseur augmente rapidement les premiers jours, et il est bientôt évident qu'on a affaire à une troisième récidive. La tumeur n'a pas changé d'aspect, et c'est toujours sous la forme pédiculée qu'elle se reproduit.

En face de ces récidives multiples et si rapides, M. Berger hésite à proposer une quatrième opération et se décide à attendre.

Au milieu de juillet, la tumeur, qui avait crû très vite dans les premiers temps, n'augmente plus que lentement. M. Berger conseille au malade de quitter l'hôpital pour aller à la campagne et de revenir dans quelque temps.

Le malade vient se montrer le 5 août ; la tumeur a augmenté

dans de faibles proportions ; mais, en arrière d'elle, est apparue une autre grosseur de moindre volume. On renvoie encore le malade en lui disant d'attendre quelque temps. A ce moment, M. Berger se propose de pratiquer ultérieurement la section simple des tumeurs, sans toucher au reste de la langue.

Au milieu du mois d'octobre, la tumeur a notablement diminué en même temps qu'elle s'est indurée. Elle évolue très nettement vers la guérison.

15 décembre 1896. — La tumeur a complètement disparu ; il ne reste plus, au niveau du point qu'elle occupait, qu'une induration cicatricielle. On peut donc considérer la guérison comme absolue.

M. le professeur Berger pense qu'il faut faire à la ligature de la linguale un rôle important dans le processus de guérison par atrophie.

Observation XXIV

Sarcome à cellules fusiformes

(Poncet).

Le nommé Joseph D..., entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 25 avril 1888, salle Sainte-Marthe, dans le service de M. le professeur Poncet.

C'est un homme de 32 ans, exerçant la profession de cultivateur ; il paraît être d'une constitution robuste. Son père et sa mère sont en bonne santé, ainsi que ses frères et sœurs, et il ne paraît pas qu'il y ait, dans sa famille, de personnes mortes d'affections néoplasiques. Lui-même a toujours joui d'une bonne santé ; il a fait son service militaire, et on ne révèle sur lui aucun antécédent pathologique.

En 1880, huit ans auparavant, le malade vit sa langue se tuméfier subitement et prendre un volume considérable ; le plancher de la bouche était également augmenté de volume,

ainsi que la région sous-maxillaire. Vingt-cinq jours après le début, le malade ne pouvait fermer la bouche, tant la langue était énorme. Il lui était impossible de manger, et même de parler. Il avait également une certaine gêne de la respiration, et même, à certains moments, une véritable asphyxie temporaire.

La tuméfaction occupait le côté gauche de la langue.

Celle-ci était repoussée du côté droit et en même temps tordue sur son axe. Le bord gauche était notablement plus élevé que le droit, de sorte que la face supérieure regardait à droite.

Un médecin appelé, incisa cette tuméfaction qui, pendant les derniers jours, avait envahi tout le plancher buccal. Par l'incision, s'écoula un pus jaunâtre, grumeleux, ne ressemblant en rien à du pus bien lié d'un abcès chaud ; le malade, dans son récit, insiste surtout sur la fétidité de ce pus, qui répandait une odeur infecte.

A la suite de cette incision, les symptômes subirent une brusque détente, la respiration redevint libre, et, le lendemain de l'opération, le malade pouvait avaler et parler. Mais la tuméfaction de la langue persista en partie ; celle ci resta toujours déjetée à droite.

En 1886, il y a deux ans, le malade, que cette tuméfaction gênait, sans le faire souffrir, vint à l'Hôtel-Dieu de Lyon au mois de décembre. A ce moment, la tumeur du plancher buccal était fluctuante. M. Poncet fit trois ponctions exploratrices qui ne donnèrent lieu à aucune issue de liquide. Comme le malade ne souffrait pas, il refusa toute intervention et retourna chez lui, où il suivit un traitement par la pommade iodurée. Mais, depuis son départ, la tuméfaction n'a cessé de s'accroître, et il revient, en 1888, pour demander une intervention chirurgicale ; il ne peut plus fermer la bouche : la déglutition est très difficile, la respiration est gênée et la parole presque impossible.

A première vue, la bouche étant fermée, le malade paraît être atteint d'une grenouillette sus-hyoïdienne, faisant également saillie à droite et à gauche, et présentant, de chaque côté, au moins le volume d'un œuf de dinde.

Ces deux masses sont molles, rénitentes, absolument indolentes.

Lorsqu'on fait ouvrir la bouche, le gonflement sus-hyoïdien diminue notablement, et l'on aperçoit une énorme tumeur remplissant toute la cavité buccale.

Elle empêche d'apercevoir le voile du palais. Cette tumeur n'est autre que la langue considérablement augmentée de volume à sa partie moyenne. La pointe est libre dans l'étendue de 3 centimètres et peut seule exécuter quelques mouvements, sans, cependant, pouvoir être tirée au dehors, le volume de la tumeur l'empêchant de franchir les arcades dentaires.

En aucun point, on n'aperçoit de lésions inflammatoires, d'ulcérations ; mais la muqueuse linguale fait corps avec le néoplasme. Celui-ci présente la consistance d'une tumeur solide. Quant à la muqueuse du plancher buccal, elle glisse facilement sur la masse sous-jacente qui la soulève.

Le doigt ne peut passer en arrière de la tumeur et il est impossible de se rendre compte des limites postérieures de celle-ci.

A ce moment, le malade accepte une opération qu'il avait refusée quinze jours auparavant.

M. Poncet résolut d'aborder la tumeur par la voie sus-hyoïdienne où elle faisait saillie. Un gros fil métallique fut préalablement passé dans l'épaisseur de la langue, immédiatement en avant du néoplasme, et l'anse en fut confiée à un aide, devant s'occuper uniquement pendant toute l'opération de retenir la chute possible de la langue dans le pharynx. Tout avait été préparé, d'autre part, pour une trachéotomie.

M. Poncet fit à droite une incision allant de la symphyse à

l'angle de la mâchoire, incision située à un centimètre du bord inférieur. La glande sous-maxillaire du côté correspondant était aplatie, étalée au devant d'une surface gris-blanchâtre, qui pouvait être la paroi d'un kyste. L'artère faciale fut coupée entre deux ligatures, et la glande sous-maxillaire rejetée en bas. On incisa alors ce qu'on croyait être une poche, mais aucun liquide ne s'écoula, et il apparut, au travers de l'incision, une masse gris rosé. Ayant introduit son doigt, M. Poncet reconnut que la tumeur, nettement encapsulée dans la portion sus-hyoïdienne, faisait, au contraire, corps intime avec la langue.

Voyant qu'il ne pouvait avoir la tumeur, ni par la voie hyoïdienne, ni par la voie buccale, il modifia immédiatement son plan opératoire. L'incision fut prolongée verticalement sur la ligne médiane, jusqu'au bord de la lèvre inférieure, et la symphyse fut sectionnée. M. Poncet s'ouvrit ainsi un jour considérable, qui lui permit d'amener immédiatement au dehors la langue et la tumeur. Il put alors, après incision de la muqueuse, décortiquer la tumeur sur une grande étendue, mais en quelques points, la muqueuse adhérente fut enlevée avec elle. La tumeur se laissa séparer assez facilement du tissu musculaire.

Suture de la muqueuse au catgut. Suture du maxillaire au fil d'argent et suture de la plaie sus-hyoïdienne, où un drain fut laissé. Les suites furent très simples.

Présentation à la Société de médecine de Lyon, séance du 14 mars 1888.

La tumeur enlevée a le volume d'une grosse orange ; elle est assez régulièrement arrondie, un peu mamelonnée. Son poids est de 400 grammes. Solide dans toute sa masse, elle présente une consistance uniforme. A la coupe sa coloration est d'un blanc rosé ; elle ne fournit pas de suc par le râclage et offre une disposition étoilée remarquable ; d'un point central, partent, en effet, une série de rayons fibreux qui divisent le néo-

plasme en tranches. Certaines portions, surtout vers la périphérie, sont très vasculaires.

L'examen microscopique de la tumeur, pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, sous la direction de M. Bard, donna le résultat suivant : « La tumeur est constituée par des cellules embryonnaires du type conjonctif. Ces cellules sont petites et présentent un protoplasma très apparent.

Les noyaux, très vivement colorés par le carmin, sont allongés, pour la plupart parallèles à leurs voisins, mais sans direction constante.

Ils sont réunis en traînées et en amas qui forment les points nodaux de ces traînées. Le tissu intercellulaire dans lequel ils sont plongés forme une masse continue, homogène, finement granulée, un peu jaunâtre, dans laquelle on ne distingue pas de fibres conjonctives bien formées, et qui paraît surtout riche en matière élastique. On y distingue, de plus, un certain nombre de gouttelettes un peu jaunâtres, sans connexion avec les cellules et de nature mal définie.

« La périphérie est nettement limitée par du tissu conjonctif adulte, engaînant, sans que cependant la tumeur paraisse, à proprement dire, encapsulée.

En résumé, la tumeur est de nature maligne, développée aux dépens du tissu conjonctif, de la nature des sarcomes à prédominance du tissu élastique.»

Le malade fut revu par M. Poncet, en 1892. Il était toujours complètement guéri, sans aucune menace de récidive.

Observation XXV

Sarcome à cellules rondes

Perkins. — *Ann. of Surg.*, 1896

J. P..., âgé de 26 ans, sujet Danois, marié, laboureur, vint me consulter pour la première fois, le 7 janvier 1894.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Santé générale excellente.

Dès l'âge de 4 ans, on remarqua une petite tumeur de la grosseur d'une tête d'épingle, siégeant à la face dorsale de la langue, près du centre. Cette tumeur augmenta lentement jusqu'à l'âge de 12 ans.

A ce moment, elle atteignait la grosseur d'une noisette et occupait le milieu de la langue ; elle était visible à la fois, aux faces supérieure et inférieure, où elle faisait saillie sous la muqueuse.

Dès l'âge de 8 à 12 ans, la tumeur fut, de temps en temps, badigeonnée à la teinture d'iode.

Après l'âge de 12 ans, elle cessa de croître, au moins en apparence, et resta stationnaire jusqu'à l'âge de 25 ans, conservant sa grosseur normale : celle d'une noisette, approximativement. Pendant les vingt premières années de son existence, la tumeur ne donna lieu à aucun symptôme ; elle ne causa aucune gêne au malade, qui s'aperçut à peine de sa présence. Peu après l'âge de 25 ans, la tumeur se mit à grossir rapidement, se portant de la face antéro-inférieure vers la face dorsale. Cette augmentation soudaine de la tumeur décida le sujet à consulter un médecin qui, en octobre 1892, enleva de la face inférieure du côté droit une masse ferme et presque circulaire, d'environ le volume d'une grosse noix. La cicatrisation se fit en trois semaines, durant lesquelles le malade présenta des frissons et de l'hyperthermie.

Environ un an après, il remarqua de nouveau que la tumeur augmentait de volume et faisait saillie vers la gauche de la cicatrice. La masse entière augmenta alors très rapidement, et toute la langue était tellement hypertrophiée, qu'elle apportait une certaine gêne dans la phonation, la déglutition et la respiration pendant le sommeil ; toutefois, il n'en résulta aucune douleur, et, sauf l'ennui de sa grosseur et la gêne

dans les mouvements de la langue, le patient n'en était pas autrement incommodé.

C'est dans cet état qu'il vint me trouver, en janvier 1894. C'était un homme de taille moyenne, bien développé, d'une constitution parfaite.

Je constatai que la langue était hypertrophiée à tel point, qu'il lui était difficile de la projeter hors des arcades dentaires et, en fait, il ne pouvait y parvenir qu'en ouvrant la bouche si largement, qu'il se produisait, depuis cinq ou six semaines, une luxation temporo-maxillaire bi-latérale, luxation qui se réduisait en fermant la bouche avec force. Les trois cinquièmes antérieurs de la langue grossis symétriquement étaient occupés par une masse lisse de tissu résistant et élastique qui était évidemment une nouvelle tumeur solide. La muqueuse, nullement ulcérée, était d'apparence normale, à part une cicatrice complètement guérie, située à la partie antéro-inférieure droite, endroit où avait été faite l'incision de l'ancienne opération.

En aucun point de la bouche, du maxillaire, du cou et du visage, on ne découvrait d'engorgement ganglionnaire.

Le malade parvenait difficilement à se faire comprendre, tant il parlait épais et indistinctement.

La mastication fort pénible le forçait à se nourrir d'aliments demi-solides et liquides; la déglutition était également difficile. Mais ce qui lui causait le plus d'appréhension était la menace constante d'un accès de suffocation, lorsqu'il reposait dans le décubitus dorsal, ce qui le tourmentait à tel point qu'il retardait d'aller se coucher.

Bien que la rapidité d'évolution, après une si longue période stationnaire, fût très suspecte, l'absence d'engorgement ganglionnaire, le bon état de la muqueuse et l'excessive durée de la maladie me firent écarter l'idée de néoplasme malin.

Je conseillai l'amputation de la langue en un point bien en

arrière des limites de la tumeur et, après extraction de quelques dents cariées, le 13 janvier 1894, j'enlevai par le procédé de Whitehead les trois quarts antérieurs de la langue.

Il y eut une faible hémorragie et pas de shock post-opératoire. Le moignon fut simplement saupoudré d'iodoforme et la bouche tenue fréquemment rincée avec une solution antiseptique. Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, le malade fut alimenté par le rectum. Le 16 janvier il commença à prendre par la bouche des aliments liquides, et le 22 janvier il prit des aliments solides, légers. Pendant les quatre premiers jours la température axillaire fut de 100° Fahrenheit.

Le pouls resta normal. Le 9 février, le sujet retourna à son ouvrage ; il parlait intelligiblement, mangeait toutes sortes d'aliments et dormait dans toutes les positions sans aucune gêne respiratoire.

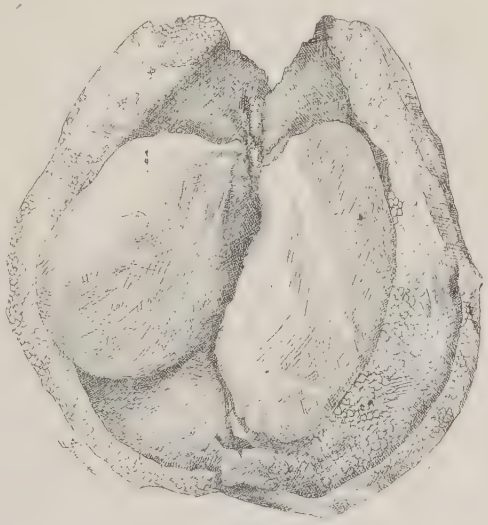

Fig. 2.
Vue de la face dorsale de la langue après incision vertico-médiane.

La partie de langue enlevée était longue d'environ 3 pouces, large et épaisse de 2 pouces. La partie occupée par la tumeur était de forme irrégulièrement ovoïde ; une coupe vertico-médiane montra que le tissu musculaire de la langue avait été presque entièrement envahi par la tumeur, qui s'étendait jusqu'à la muqueuse, excepté à le partie postérieure.

La tumeur elle-même était d'une structure dense, ferme et ressemblait beaucoup à un petit fibro-myome utérin. Elle était

incomplètement divisée en trois lobes. Le plus grand lobe était central.

La figure le représente divisé en deux segments inégaux par une coupe vertico-médiane de la langue.

Le deuxième lobe était placé au-dessous et à la partie gauche antérieure du plus grand ; il n'est pas visible sur la figure, mais sa position est indiquée par la courte incision au côté gauche de la langue.

Le troisième lobe, c'est-à-dire le plus petit, avait été presque entièrement enlevé à la première opération, il avait apparemment occupé le côté droit de la langue ; il est représenté sur la figure par l'espace triangulaire situé devant la moitié droite du plus grand lobe. La partie plus sombre de la figure représente la structure musculaire de la langue dans son état apparemment normal. Le tissu de la tumeur n'avait envahi ni la face inférieure de la langue, ni les muscles du frein et du génio-hyoglosse autant qu'il était possible d'en juger par la vue et par le toucher.

L'examen histologique du docteur Joseph Mc Farland, *demonstrator* de pathologie à l'Université de Pensylvanie, montra que le néoplasme était composé principalement de petites cellules rondes et d'un grand nombre de fibres de tissu conjonctif.

Durant un an et demi après l'opération, le résultat fut tout ce qu'on pouvait désirer.

Le malade étant retourné chez lui, je n'eus pas l'occasion de l'examiner ; mais en réponse à une lettre de renseignements que je lui envoyai, il m'écrivit, à la date du 5 mai 1895, que la plaie tout à fait cicatrisée avait bon aspect, qu'il ne voyait rien d'anormal dans la cicatrice, ni dans le moignon de la langue ou dans les tissus de la bouche, et que la luxation du maxillaire ne se produisait qu'en ouvrant démesurément la

bouche, et non plus par simple projection en avant du moignon de la langue.

Il ajoutait : « Le résultat est de beaucoup meilleur que je ne m'y attendais ; je parle bien mieux qu'avant l'opération et, en vérité, je suis surpris de la facilité avec laquelle je puis parler et manger. L'opération m'a été d'un très grand bien et, à mon avis, il semble maintenant que la tumeur ne récidivera pas ».

Le 23 septembre 1895, il se présenta dans mon cabinet ; je le voyais pour la première fois depuis l'opération, qui remontait à vingt mois.

Il me dit que depuis quelques semaines, il avait remarqué un léger épaississement et une certaine dureté dans les tissus du plancher de la bouche et à la partie antérieure du moignon de la langue, qui avait augmenté assez rapidement de volume.

En effet, je trouvai dans le plancher de la bouche une petite masse de tissu épais et ferme qui s'étendait depuis la partie de muqueuse placée derrière les incisives jusqu'au moignon de la langue ; elle était libre sur les bords latéraux. Il n'y avait pas trace d'ulcération et la muqueuse qui coiffait la masse était normale, bien que présentant du tissu de cicatrice en certains points. Les régions sous-maxillaires droite et gauche étaient tout à fait dures et légèrement sensibles au toucher ; de chaque côté on sentait un ganglion du volume d'un gros pois environ.

Le malade n'éprouvait ni gêne ni douleur. Lorsqu'on lui dit qu'il y avait récidive de la tumeur s'étendant aux ganglions des deux côtés du cou, et qu'une large opération s'imposait, il refusa l'intervention.

Depuis ce temps, je n'ai pas eu l'occasion d'observer la tumeur, et je ne saurais dire ce qui suivit, bien que je n'aie aucun doute de sa marche fatale, qui est celle des néoplasmes malins de cette région.

En somme, je crois qu'on ne peut raisonnablement douter de la bénignité de la tumeur à son origine, sa longue évolution durant 22 ans, sa période stationnaire pendant douze ou treize ans, son augmentation soudaine et rapide en sont de fortes preuves.

La langue étant un organe exposé à de fréquentes irritations mécaniques dues aux légers traumatismes de la mastication et de la déglutition, je pense que la seule localisation des tumeurs sur cet organe doit être regardée comme un facteur causal dans la transformation d'un néoplasme bénin en néoplasme malin.

Observation XXVI

(Personnelle).

Sarcome à cellules rondes et fusiformes.

Le 12 février 1896, entre, à la salle Sainte-Catherine, la nommée Sarah B..., ménagère, née à Corsen (Russie), âgée de 64 ans.

Cette femme, quoique maigre, paraît d'une constitution vigoureuse. Elle répond difficilement aux questions qui lui sont posées, tant ses connaissances de la langue française sont restreintes ; il nous est impossible d'obtenir des renseignements sur ses antécédents personnels et héréditaires.

A l'examen, elle présente une tumeur siégeant sur le bord droit de la langue et dont le début remonterait, paraît-il, à trois ou quatre mois. Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, est placée à trois ou quatre centimètres de la pointe, s'étendant en arrière sans limites bien précises ; elle adhère au plan sous-jacent par un pédicule élargi autour duquel la muqueuse linguale semble saine. La portion arrondie et libre de

la tumeur, d'un jaune grisâtre, offre par endroits des ulcérations peu profondes, fongueuses, qui laissent sourdre une sérosité sanguinolente.

Au toucher, cette tumeur paraît assez douloureuse. Elle est mollasse à la partie superficielle, de consistance plus ferme à sa base. La mâchoire inférieure droite est dégarnie de dents, mais il existe de nombreux chicots qui ont moulé leur forme sur la surface de la tumeur, tandis qu'à la mâchoire supérieure les dents sont absentes ou en très mauvais état.

Fig. 3

Observation personnelle. — Tumeur primitive.

Malgré nos recherches, l'engorgement ganglionnaire se résume en un tout petit ganglion qui roule sous le doigt, en arrière de la glande sous-maxillaire droite et qui, d'ailleurs, est complètement indolent.

Comme nous l'avons signalé au début, la femme paraît vigoureuse. Cependant, depuis quelque temps, son état général s'affaiblit, et elle-même, par une mimique expressive, indique qu'elle a notablement maigri. Cet état de maigreur n'a rien de surprenant, puisque la malade ne s'alimente presque pas, par suite des mouvements difficiles et douloureux de la langue. Elle ne peut ni parler, ni déglutir; elle ne prend qu'avec peine, même des aliments liquides.

En présence des symptômes suivants : persistance de la muqueuse linguale autour de la tumeur, consistance de cette néoplasie, absence d'hémorragies proprement dites, présence

d'ulcérations superficielles et dues aux irritations constantes des chicots, le professeur Villeneuve, rejetant l'idée d'un carcinome lingual, songe un instant au diagnostic de papillome ulcéré, pour se rattacher bientôt à celui de sarcome.

L'ablation de la tumeur fut décidée et pratiquée le 18 février.

Après incision de la commissure buccale correspondante pour donner de la place et du jour, le chirurgien essaie de pincer la tumeur; mais celle-ci s'effrite facilement, et il est impossible de la saisir sans la morceler. Une pince courbe à forcipressure, placée sur le tissu sain, saisit la langue sur toute la longueur, et la tumeur est sectionnée au bistouri. En ce moment, une hémorragie assez faible se produit, mais elle est vite tarie au thermocautère, et la pince placée sur la langue est laissée à demeure. Lavage soigné de la bouche, suture de la joue, pansement.

Dans la soirée, l'état de la malade est bon ; elle n'accuse aucune douleur, le pouls est excellent et la température nulle ; durant toute la journée, lavages tièdes à l'eau boriquée.

Le 19 février, la pince à demeure est enlevée, la plaie a bon aspect. La difficulté des mouvements de déglutition pour les liquides nous oblige à avoir recours aux lavements alimentaires qu'elle garde.

Le 21 février, la plaie offre des bourgeons de bonne nature et l'état général de la malade est très satisfaisant ; elle absorbe, dans la journée, près de trois litres de lait et continue à prendre ses lavements nutritifs.

Le 24 février, vers le milieu de la nuit, une forte hémorragie se produit au milieu de l'incision, en un point sphacélé passé inaperçu, hémorragie que l'interne de garde parvient à arrêter après plusieurs tentatives.

Le lendemain, 25 février, la malade a les lèvres et les gencives exsangues ; elle est très affaiblie et l'état général peu

brillant. Le pouls est rapide, petit, dépressible ; la température s'élève à 38°. Grâce à des injections successives d'éther, de cognac et de sérum artificiel, cet état alarmant cesse. Dès le 26, tout danger paraît conjuré, et le 28 février la femme commence à prendre des aliments solides.

La guérison opératoire est complète à la fin février. La malade, qui se lève et s'alimente, ne tarde pas à se plaindre, dans la première semaine de mars, d'une gêne au niveau de l'ancienne tumeur. C'est un petit bourgeon qui porte à croire à une récidive, mais la malade sort guérie le 13 mars.

Revue dernièrement, c'est-à-dire plus de deux ans après l'intervention, la malade paraissait bien se porter et la langue ne présentait aucune trace apparente de récidive.

Examen histologique.— A l'union de la tumeur et de la langue, l'épithélium pavimenteux de la muqueuse semble avoir disparu ; cependant, on distingue encore la forme vaguement papillaire de la surface du derme. Sur la partie libre de la tumeur, les ulcérations ont détruit la muqueuse et les pinces ont broyé ce qu'il en restait.

Contrairement à l'examen du sarcome examiné par Marion, l'examen de nombreuses coupes démontre une destruction presque complète des éléments musculaires ; à un très fort grossissement, on ne peut en retrouver que des traces. Il existe très peu de tissu conjonctif.

Ce qui caractérise essentiellement la tumeur, c'est la présence exclusive de deux ordres d'éléments, savoir :

1° Des cellules rondes en assez grand nombre, toutes semblables et placées à la périphérie. Avec un fort grossissement, on ne trouve aucune de ces cellules à gros noyaux ou polynucléaires qui appartiennent au sarcome embryonnaire.

2° Des cellules allongées, fusiformes, formant presque toute la trame de la tumeur, répandues par traînées nombreuses,

serrées les unes contre les autres, parallèles, sauf en certains points où elles forment des tourbillons et dont le noyau se colore fortement à l'hématoxyline.

Il n'y a nulle part de stroma conjonctif ou de vaisseaux.

Cet examen histologique affirme le diagnostic clinique de sarcome, porté par le professeur Villeneuve.

Observations citées à propos du sarcome de la langue et se rapportant en réalité à d'autres affections

Observation Première

Lympho-Sarcome

Jonathan Hutchinson, *Lancet*, 13 juin 1885.

Étudiant en médecine, 22 ans, bonne santé. Il vient pour se faire enlever une tumeur volumineuse le gênant, sans le faire souffrir.

La tumeur avait débuté douze ans, au moins, auparavant, avait augmenté peu à peu de volume et avait fini par remplir complètement la bouche, empêchant la déglutition et la respiration. Sa consistance était d'une dureté pierreuse; sa surface couverte de végétations papillaires, mais nullement ulcérée. Pas de douleurs, aucun ganglion.

L'opération nécessita une trachéotomie préliminaire et une section de la mâchoire inférieure au niveau de la symphyse; car, il était absolument impossible d'arriver à la tumeur en s'y prenant par la bouche.

La tumeur enlevée pesait 217 gr. (7 onces).

L'examen microscopique fut fait par Eve, Klein et d'autres, qui tous constatèrent que la tumeur était de nature sarcomateuse. Histologiquement, la tumeur consistait en de larges alvéoles de forme ronde, remplies de cellules lymphoïdes. Les alvéoles étaient limitées par des bandes de tissu fibreux reliées par des travées plus fines. C'était un sarcome à petites cellules rondes.

Ce diagnostic se trouva malheureusement confirmé par le résultat final ; car, deux ans après de bonne santé, sans le moindre symptôme de récidive, une nouvelle grosseur se développa subitement au niveau de la cicatrice, et, grossissant très rapidement, amena la mort du patient.

La description microscopique est celle d'un lymphadénome et non d'un sarcome.

Observation II

Lymphadénome

Eve, *Transact. of Path. Soc. of London*, 1886.
(Pièce classée sous le n° 2270).

Ne possède pas davantage d'histoire clinique. Petite tumeur plate, ferme. Retirée de la langue, elle est d'une couleur pâle, de consistance uniforme. Au microscope, la tumeur est constituée par un tissu conjonctif lâche, formant un réseau contenant de nombreuses cellules ovales. D'autres portions de la tumeur sont plus denses et sont constituées par de petites cellules rondes et fusiformes. Il n'y a pas de fibres musculaires. Du fait de l'existence de cellules au milieu du tissu conjonctif, on peut considérer la tumeur comme un fibro-sarcome.

Il s'agit d'un lymphadénome, d'après la description.

Observation III

Lymphadénome

Beregszaszy, *Krankheiten der zunge, von Butlin. Deutsch bearbeitet, von Beregszaszy*, p. 226, Wien, 1887.

Le second cas se rapporte à un journalier de 42 ans, qui, transporté dans un service de médecine à l'Hôpital Général pour une tumeur cancéreuse, réputée inopérable, de la base de la langue, mourut au bout d'une semaine.

Le diagnostic était : cancer de la langue et de la veine-porte. Le malade se plaignait, depuis deux mois, de douleurs et de tuméfaction de la langue. La difficulté de la déglutition était telle, qu'il ne pouvait prendre qu'une alimentation liquide. La base de la langue et de l'amygdale gauche étaient dures, infiltrées. La surface de la langue était sèche, douloureuse à la pression.

La tumeur ne pouvait être contournée à sa partie postérieure. Le plancher de la bouche avait une consistance dure et ferme. La parole était incompréhensible et la langue ne pouvait être tirée que jusqu'aux lèvres.

A l'autopsie on trouva les pièces suivantes, conservées au Musée d'anatomie pathologique de Vienne, où elles ont été mises à ma disposition, par le professeur Kundrat.

La tumeur occupe la partie postérieure de la langue sous forme d'un infiltrat extrêmement dense ; elle est altérée sur le bord gauche et est creusée profondément en forme d'entonnoir. Le plancher de la bouche est très dur à gauche. Il existe des métastases du côté du péritoine, se présentant tantôt sous forme de tumeurs isolées du mésentère, tantôt sous forme d'infiltrats très durs, demi-circulaires, dans la paroi intestinale, au niveau de l'insertion du mésentère.

L'examen microscopique de la tumeur primitive de la langue révéla un lymphosarcome, de telle sorte qu'il faut rectifier ainsi le diagnostic porté sur le vivant. Lymphosarcome de la langue ulcéré, avec généralisation aux ganglions du cou et de l'abdomen.

Ictère généralisé.

Observation IV

Ulcération traumatique

(Bleything. — *New-York medical journal*, 1888, p. 683).

Jeune homme, âgé de dix-sept ans.

Sur le bord droit de la langue, à un centimètre en arrière de la pointe, existait une ulcération douloureuse.

Cette ulcération était couverte de bourgeons et la base était indurée. Le malade attribuait son mal à une dent cassée.

Comme des cautérisations répétées faites avec le thermo-cautère n'arrivaient à guérir cette ulcération, qui s'indurait de plus en plus et se couvrait de nouveaux bourgeons, on enleva la partie de la langue affectée. Six ans après, le malade était en excellente santé, sans nulle apparence de récidive.

L'examen microscopique de l'ulcération montra des amas de cellules groupées autour des vaisseaux.

Après un examen sérieux et des hésitations bien naturelles entre des bourgeons charnus et du tissu sarcomateux, on déclara que la tumeur était un sarcome de la langue.

Cette observation est loin d'être concluante, et il est probable qu'on a eu affaire à une ulcération traumatique mal traitée. Rien dans la description de l'affection ne rappelle l'aspect ni la marche du sarcome de la langue.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Par ordre Chronologique

1. Targett. — Guy's Surgical reports. (Observ. I, 1867).
2. Jacobi. — The american Journal of obstetrics, 1869, p. 81.
3. Huter. — Berl. Klin. Wochenschrift, 1869, n° 32.
4. Heath. — Transact. of the path. soc. of London, 1869. (Vol. XX, p. 157).
5. Targett. — Guy's Surgical reports. (Observ. III, 1873).
6. Albert. — Wiener medic. Presse, 1885, p. 171.
7. Hutchinson. — Lancet, 13 juin 1885, p. 1084.
8. Eve. — Transact. path. soc., 1886. (Vol. XXXVII, p. 223).
9. Godlee. — Transact. path. soc., 1887. (Vol. XXXVIII, p. 346).
10. Santesson. — Nord med. (Arch., t. XIX, n° 18).
    Virchow-Hirsch. — Jahresbericht, 1887, t. I, p. 280.
11. Butlin. — Lancet, 26 mars 1887, p. 623.
12. Beregszaszy. — Traduction des maladies de la langue de Butlin. (Wien. 1887, p. 226).
13. Bleything. — New-York-Medical Journal, 1888, p. 683.
14. Schulten. — Finska Läkaresällskapets Handlingar, 1888.
15. Mikulicz et Michelson. — Atlas der Krankheiten der Mund und Rachenhöle.
16. Poncet. — Lyon Médical, 1888.
17. Mandillon. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 nov. 1888.
18. Butlin. — Maladies de la langue, traduit par le Dr Aigre, 1889.
19. Mercier. — Revue méd. de la Suisse romane, 1890, n° 4.
20. Targett. — Guy's Hospital reports, t. XLVII, obs. I, 1890. (Guy's Surgical reports, 1888).
21. Max Scheier. — Berliner Klin. Wochenschrift, 1892, p. 534.
22. Pilliet. — Tribune méd. Paris, 1892, 2e s., XXV, 677.
23. Stern. — Deutsche med. Wochenschrift, 1892, 2 juin.

24. Onodi. — Revue de Laryngologie, 15 octobre 1893.
25. Perman. — Buffalo med. and. surg. Journal, 1894, p. 148.
26. Dunham. — The American Journal of med. sciences, septembre 1895, p. 259.
27. Perkins. — A case of Sarcoma of the tongue. (Ann. Surg., Phila., 1896, XXIII, 585-590.)
28. Centralblatt für chirurgie, 1876, n° 31.
29. Marion. — Revue de Chirurgie, 1897.
30. Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie.
31. Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie.
32. Chalot. — Chirurgie et médecine opératoires.
33. Forgue et Reclus. — Thérapeutique chirurgicale.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 13 juillet 1898.
Le Recteur,
Gaston BIZOS.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 juillet 1898
Le Doyen,
L. VIALLETON

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !